BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE DUCESSOIS, 55, QUAI DES GRANDS-AUGUSTINS.
(Près le Pont-Neuf.)

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil Pratique

PUBLIÉ

PAR J.-E.-M. MIQUEL, D. M.,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ, MÉDECIN DES DISPENSAIRES, MEMBRE DE LA COMMISSION DE SALUBRITÉ; RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME VINGTIÈME.



PARIS

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, EDITEUR,

RUE SAINTE-ANNE, N° 25.

1841

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

ESSAI DE THÉRAPEUTIQUE MORALE.

Medicina nihil aliud est quam animi consolatio.
(PÉTRONE.)

I

Considérations générales.

Jusqu'à ce jour il n'a été généralement question dans ce recueil que de la thérapeutique qui se lie aux affections organiques et à leurs causes matérielles [1]. Toutefois il en est une autre dont il faut chercher les bases dans un ordre plus élevé, c'est-à-dire dans la puissance morale, qui, par l'intervention du système nerveux, imprime à toutes les parties de l'économie une action tantôt violente, extrême, tantôt faible et dépressive, mais toujours anormale, irrégulière et funeste. Ce principe est la source d'une infinité de maladies, et il les modifie presque toutes soit en bien, soit en mal. Est-il, je le demande, d'étude plus essentielle pour le médecin, plus digne de ses méditations, plus capable de lui offrir d'importants résultats pratiques, en même temps qu'elle élève sa profession, qu'elle la confond selon le vœu d'Hippocrate, avec la philosophie, c'est-à-dire la connaissance de l'homme dans son acception la plus étendue? C'est cette thérapeutique sur laquelle je me propose de jeter un coup d'œil et d'appeler l'attention des praticiens distingués, d'ailleurs, thérapeutique tout à fait en dehors de celle des aliénations mentales, où la conscience de l'individu cesse d'être en rapport avec l'ordre social actuel. A Dieu ne plaise que j'aie la moindre prétention de traiter ce grand et beau sujet comme il mérite de l'être; je ne fais qu'ouvrir

[1] Nous devons mentionner le mémoire publié sur ce sujet en 1833, par le rédacteur en chef de ce journal, M. Miquel. Cet article a pour titre : *Sur quelques faits intéressants de thérapeutique morale*. Voyez t. VIII, p. 301 de ce recueil.

la mine, d'autres pourront la creuser profondément et largement; d'immenses richesses y sont enfouies, il ne s'agit que de les extraire et de les mettre en œuvre.

Cependant il faut convenir que tout médecin qui tentera des recherches dans cette partie presque inexplorée de la science, verra croître sans cesse les difficultés et le cercle qu'ils vont parcourir. C'est ici, bien plus que dans la médecine ordinaire, que le triage des faits authentiques, des faits douteux, des faits apocryphes, celui des vérités évidentes, des conjectures, des erreurs, est loin d'avoir été fait. On convient généralement de l'influence du moral sur les maladies, sous des rapports dangereux ou favorables, mais ce principe est seulement posé, les résultats sont dans le vague et l'indétermination. On s'accorde encore à reconnaître que les fonctions vitales, régulières ou anormales, ont une part d'influence plus ou moins large dans les actes moraux, que l'obligation par les organes, est peut-être la plus solide base de la sagesse, mais là s'arrête la science ou à peu de chose près; au lieu de préceptes invariables, d'inductions formelles, pour arriver à des applications positives, vous ne trouvez plus qu'incertitude, confusion, désaccord dans les vues et les principes. Aussi les praticiens restent-ils à cet égard dans la plus complète indifférence. Dites à un médecin : «Servez-vous du moral, ne négligez pas ce puissant ressort pour hâter la guérison de vos malades, » il adoptera votre opinion, cela lui paraît si juste et si simple. Mais suivez le dans sa pratique, c'est le moyen curatif auquel il pense le moins, s'il y pense. Ajoutons que la manière dont il l'emploie, prouve qu'il ferait tout aussi bien d'y renoncer. D'une part, il n'a fait aucune étude du cœur humain, étude qui exige beaucoup d'expérience et une grande finesse d'observation; de l'autre, il ne connaît point son malade, il s'enquiert peu ou point des données morales qui pourraient l'aider, en sorte que sa vue, son attention, ses recherches, ne s'étendent pas au delà des phénomènes physiques; or, quel résultat peut-il espérer?

Ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est que les hôpitaux, cette abondante source d'instruction pour la clinique matérielle, ne fournissent aucun secours pour la thérapeutique morale. Les malades y sont toujours inconnus aux médecins, et les médecins aux malades; ces derniers une fois hors de ces asiles de la pitié sont tout à fait perdus de vue; enfin, aucune ouverture du cœur n'est essayée, n'est faite ni acceptée. Le malade souffre ou guérit, meurt ou part, emportant au plus profond de son âme le trait qui l'a blessé dans ses affections, la cause qui a rompu l'équilibre des fonctions. Aussi, dans l'état actuel de la science, il n'existe pas plus d'analyse psychologique de l'être souffrant, qu'il n'y

a de pharmacopée de l'âme. Le médecin n'y songe même en aucune manière, ou du moins il n'y pense que vaguement, à moins d'une circonstance extraordinaire. Tout entier au physique des fonctions, il ne voit, il n'examine que ces dernières. Les divers symptômes qu'elles fourniront dans leur déviation de l'état de santé, sont scrupuleusement étudiés, analysés, comparés, évalués pour en tirer des inductions; il n'y a que la tristesse, le désespoir, les serrements de cœur, les anxiétés secrètes, si bien nommées par Haller, *animi ægritudines*, qu'on cherche peu à connaître. Si le malade meurt, on ouvre le cadavre, on fouille dans les entrailles, on scrute les organes, les tissus, pour en apprécier les lésions; il n'y a pas de petit vaisseau, de membrane, de cavité, de follicule, qui ne soit attentivement examiné; la couleur, le poids, l'épaisseur, le volume, la dégénérescence, rien n'échappe à des yeux et à un esprit véritablement investigateurs. On veut palper, flairer, voir et toucher, puis on conclut dans un sens ou dans un autre. Une seule chose échappe, c'est qu'on ne voit que les effets organiques, et qu'il faudrait remonter plus haut pour trouver la cause. Ces altérations organiques se manifestent toujours chez l'homme qui a beaucoup senti, beaucoup souffert, qui s'est laissé dominer, dévorer par le souffle des émotions violentes; c'est là un principe énergique de destruction, mais qu'il faut étudier autre part que dans les laboratoires ou les amphithéâtres. Il n'est donné ni au scalpel, ni au calcul, ni aux réactions chimiques, de connaître les secrets de l'âme, de mesurer la volonté de l'âme, de l'assujettir à la balance ou au dynamomètre. Si on veut en apprécier l'influence, pour la dompter, pour la diriger, ce ne peut être que par des moyens d'une nature morale. Or, quel corps de doctrine avons nous sur ce sujet? Où sont nos ressources, nos axiomes, nos remèdes. nos formulaires? L'anatomie de l'âme, science toujours élevée et intéressante, est à peine ébauchée sous le rapport médical. Beaucoup de médecins très-expérimentés, d'une incontestable sagacité, pour suivre et traiter matériellement une maladie, restent indifférents tout à fait à l'observation psychologique, ou bien manquent de qualités indispensables pour la rendre utile. Ils ne savent point lire dans le cœur humain, et c'est pourtant dans ce livre que sont inscrites jour par jour, heure par heure, toutes les douleurs, toutes les misères, toutes les vanités, toutes les craintes, toutes les joies, toutes les espérances de l'homme, que se trouve par conséquent le principe le plus actif, le plus incessant de ses maladies, de cette effroyable série de dégradations organiques qui compose la pathologie.

Il est néanmoins un fait général tellement évident qu'on ne peut le nier, c'est l'action perturbatrice des affections vives, extrêmes, sur l'é-

conomie. En effet, la pauvre machine humaine, une fois en proie à la passion, est, dans un temps donné, souvent très-court, ravagée, épuisée, affaissée, parce que les ressorts en sont constamment tendus et agités. N'y cherchez plus ce *tenor mediocris et constans* si nécessaire à la régularité des fonctions. Les sentiments tempérés sont les seuls qui nous font vivre, parce qu'ils sont dans une proportion convenable avec la force inhérente aux organes ; toute joie trop vive même est dangereuse, elle a son expiation par cela qu'elle a son excès. Ainsi, quand l'équilibre des actes moraux est rompu, soyez sûr que celui des actes vitaux ne tardera pas à l'être. Quelquefois même l'effet est si subit, que la vie s'anéantit sur-le-champ, tant le délétère moral a profondément pénétré aux sources de l'existence. Le médecin Élie de La Poterie, frère du célèbre Élie de Beaumont, soutenait que les *quatre cinquièmes* des hommes mouraient de chagrin, assertion beaucoup moins paradoxale qu'on ne serait tenté de le croire. A vrai dire, il est peu de maladies, dans notre état actuel de civilisation, qui ne soient le contre-coup d'une grande et vive affection morale ; elles en sont le résultat certain dans une période de temps quelconque, période qu'il faut mesurer d'après la violence de l'attaque et la disposition individuelle. Un anévrisme au cœur, un engorgement au foie, un squirrhe au pylore, un épanchement dans le cerveau, le ramollissement d'un des points de cet organe, une fièvre typhoïde, le plus grand nombre des maladies nerveuses, proviennent plus ou moins directement d'un malheur éprouvé depuis longtemps, mais dont le poids, le souvenir, *velut spina in corde*, selon la belle expression d'Hippocrate, ont tout à coup brisé ou détruit peu à peu les ressorts de l'économie. De même, plus les hommes ont une intelligence élevée, brillante, active, plus ils ont vécu de la vie de la pensée, plus souvent aussi le mal les atteint avec violence. Le chagrin concentré fut certainement le vautour qui déchira les entrailles de Napoléon enchaîné sur le rocher de Sainte-Hélène ; c'est à cette cause qu'il dut le développement rapide de la maladie dont il avait le germe, celle qui fit périr son père à Montpellier, dans un âge peu avancé. Remarquons que ces résultats ont lieu à toutes les époques de la vie. Si les individus qui meurent à vingt ou trente ans, dans l'âge où la mort n'a pas encore le droit de se présenter, avaient été parfaitement heureux, ils n'eussent peut être jamais été atteints de la maladie à laquelle ils ont succombé, sauf les cas, bien entendu, d'affections héréditaires qui germent spontanément, et sans cause appréciable.

Il est à cet égard deux remarques à faire. La première, que les effets toxiques des affections morales tuent bien rarement sur le coup, quoiqu'il y en ait des exemples; c'est ce qu'un médecin désignait sous le

nom d'*apoplexie morale*. Presque toujours l'atteinte produite sur un organe quelconque, ordinairement le plus affaibli, ne se manifeste bien évidemment qu'après un temps plus ou moins long. On dirait qu'il y a une sorte d'incubation proportionnée au principe et au tempérament, en sorte que le rapport de l'effet à la cause ne peut être que très-difficilement saisi dans beaucoup de cas. Un homme, après avoir perdu un procès d'où dépendait sa fortune, son bien-être, celui de sa famille, meurt souvent de chagrin en assez peu de temps ; mais combien de fois aussi de longues années se sont écoulées pendant lesquelles le principe morbifique n'a agi que sourdement ; dès lors, on ne voit plus que le résultat. La seconde remarque, conséquence de la première, c'est que la cause morale qui détruit tant d'organisations est presque toujours inconnue. Le médecin lui-même ne la découvre que tard et difficilement, si jamais il la découvre. Il y a tant de vanité dans nos attachements, de vide dans nos espérances, de déception dans notre bonheur, que les effets sont frappants, tandis que la cause échappe presque toujours. Mais, s'il était possible de découvrir les secrets de l'existence privée, si l'on pouvait pénétrer dans l'intérieur de chaque famille, il n'en est presque pas une où l'on ne découvrît quelqu'un de ces drames douloureux dont l'action détruit la paix et le bonheur, plaies secrètes, profondes, quelquefois mortelles, souvent recouvertes de sourires, de tranquillité, d'orgueil et de mensonges. Il y a là pour la vie, pour la santé, plus de causes destructives, plus d'épuisement, plus de maladies que dans les principes les plus malfaisants de la nature matérielle. Vous pouvez découvrir des individus qui ont souffert l'atteinte des influences extérieures les plus pernicieuses, des substances délétères les plus formidables, mais cherchez un être condamné à un dévouement et des sacrifices ignorés ou méconnus, à supporter le pénible sentiment d'une rivalité jalouse, d'intérêts froissés, de droits outragés, de longs et violents chagrins, et dont la santé restera inaltérable, vous ne le trouverez pas, du moins s'il a un cœur, s'il a une âme, s'il est un homme enfin. C'est là le principe du tri te privilége de notre espèce sur les animaux, et je suis étonné que Stalh n'ait pas donné à cette cause plus d'extension dans sa célèbre dissertation, *de frequentiá morborum in homine præ brutis*.

Soyons donc convaincus que chaque existence humaine a son ver rongeur, sa plaie cachée, son mystère de douleur ; trop souvent la tranquillité n'a lieu qu'à la surface, aussi personne en apparence ne meurt ni de chagrin, ni de désespoir, ni de l'envie, la plus horrible des maladies morales, ni de misères déguisées, ni d'ambition trompée, ni d'illusions détruites, ni d'espérances cultivées sans fruit, ni de la perte

d'objets chéris ; c'est la gastrite, c'est la péricardite, c'est le cancer à l'estomac ou à l'utérus, c'est l'hypocondrie, l'anévrisme, l'apoplexie, toute la nomenclature scientifique qui remplacent par l'effet évident, la cause réelle, active et cachée de tant de maux. La douleur morale vive et forte est le point de départ du plus grand nombre des altérations organiques : il y a dans ce seul mot *passion*, des abîmes de douleurs et de souffrances ; ce mot est d'ailleurs énergique et plein de sens, car l'expression grecque *pathein*, signifie tout à la fois sentir et souffrir. C'est là ce qui fait qu'aucun homme, quelle que soit d'ailleurs sa constitution, sa force physique, son génie, son savoir, sa raison, n'en est exempt, fût-il médecin et médecin profondément instruit. Le célèbre John Hunter eut une angine de poitrine qui finit par être mortelle et dont l'origine était une affection morale. Ce fut là crainte qu'il eut longtemps de devenir hydrophobe, à cause d'une plaie qu'il s'était faite à la main en disséquant le cadavre d'un individu mort de la rage ; il en fit l'aveu au docteur Pitrann, son ami.

Quelque difficile qu'il soit d'expliquer de pareils effets, on y parvient néanmoins jusqu'à un certain point, si l'on comprend bien l'action physiologique et pathologique des divers centres de système nerveux fortement excité sur les fonctions et les organes. Certainement on ignore le mode, le comment intrinsèque du phénomène, mais on ne saurait nier que l'influence plus ou moins prolongée de cette surexcitation, la force, la vivacité, la profondeur, la ténacité des impressions, déterminent le degré des désordres physiques qui en sont les conséquences et dans des conditions d'organisme particulières.

Plus on approfondira ce sujet, et plus ce principe s'affermira. On peut donc poser comme démontrée la proposition suivante :

QUE L'INTENSITÉ DE LA PASSION OU SOUFFRANCE MORALE, PUIS LA VIOLENCE ET LE DANGER DES EFFETS MORBIDES DONNÉS COMME RÉSULTATS, SONT FATALEMENT PROPORTIONNELS A L'INTENSITÉ, A LA DURÉE DES IMPRESSIONS, AINSI QU'A L'ORGANISATION INDIVIDUELLE.

Ainsi d'une part, une multitude de sensations, d'impressions, de regrets, de souvenirs douloureux, que reproduisent les événements et les agitations de la fortune humaine, stimulant sans cesse le cerveau et par suite les différents viscères qui à leur tour réagissent sur l'encéphale : de l'autre, des organisations sensibles, irritables, chez lesquelles le malheur retentissant jusqu'aux dernières fibrilles, le multiplie par la crainte, le perpétue par le souvenir. Il ne faut pas oublier, en effet, que dans le grand et impétueux mouvement d'une passion vive ou d'un malheur irréparable, toutes les pensées, tous les sentiments, toutes les

forces de la vie, convergent vers un point, et sont pour ainsi dire au service de l'*idée fixe* et prédominante. On conçoit qu'il y a alors une si grande tension des ressorts de l'existence, un trouble si complet dans les fonctions, une surexcitation de la sensibilité si marquée, si évidente, si exagérée, que la vie ne peut résister que difficilement à de pareils mouvements, pour peu qu'ils se répètent ou se prolongent. Le patient souffre d'abord par cet état violent, hors de mesure avec les proportions ordinaires de la vie qui caractérise les grandes agitations de l'esprit; puis par l'abattement, l'affaissement subséquent toujours relatif à l'exaltation des mouvements précédents. Or, ces oscillations de la sensibilité entre deux extrêmes, sont peut-être la source la plus abondante de nos maladies. Remarquons en outre que l'excitation morale produit d'ailleurs les mêmes effets que les agents physiques; il y a ici une sorte d'identité phénoménale. Quand l'irritation, que les premiers déterminent, est portée jusqu'à l'*orgasme*, autrement dit à un très-haut degré, il arrive bientôt un *collapsus* plus ou moins complet des forces vitales. L'équilibre de celles-ci se brisant par leur excès de tension, il en résulte un état de mort des tissus, qu'on désigne sous le nom de *gangrène* ou de sphacèle. De même aussi, quand l'exaltation et la concentration des sentiments s'élèvent à leur *summum* d'activité, on voit toujours succéder à cet état violent une sorte d'anéantissement moral, de faiblesse, de prostration de l'intelligence, dont le résultat est parfois le suicide. Quelques individus conduits par une haute et ferme raison, ou par des principes religieux, peuvent seuls échapper au naufrage, mais combien d'autres succombent à la radicale impuissance de leur volonté.

Il faut avouer néanmoins que les affections morales, même assez vives, n'amènent pas toujours d'aussi tristes conséquences. Quelquefois même, quoique bien rarement, les résultats sont avantageux à l'économie, soit par le mouvement énergique que ces affections impriment aux actes vitaux, soit par leur direction conforme aux désirs du patient; certes les vertus pharmaceutiques de l'amour heureux sont bien connues.

On sait que, d'après ces données, Galien avait divisé les affections de l'âme en deux classes principales. Celles qui étant favorables aux désirs, ont un mouvement prononcé d'expansion, mouvement salutaire et bienfaisant, tandis que les autres ont une action dépressive, concentrée et par conséquent nuisible; théorie qui n'est pas sans fondement et que le médecin de Pergame avait lui-même puisée dans les écrits des philosophes grecs. En effet, dans les premières, l'activité vitale se réveille avec force; il y a une forte réaction du centre à la périphérie; la satisfaction de l'être moral passe aussitôt à l'être physique, tandis que le

contraire s'observe dans les affections opposées. Un homme craint un événement fâcheux, examinez-le médicalement ; tout son être est empreint de cette irritante anxiété produite par un malheur qui menace sans cesse, une force hyposténisante semble avoir frappé l'économie entière. A la lettre, cet homme est opprimé, il respire peu et mal, son appétit est nul, ses digestions imparfaites, son sommeil interrompu ; le cœur manque d'énergie impulsive, et le *vis a tergo* circulatoire est languissant. Aussi la chaleur est diminuée, la peau devient pâle, les sécrétions se troublent ; on remarque surtout une angoisse extrême ressentie à l'épigastre ou au scrobicule du cœur, comme on disait autrefois ; enfin il y a imminence morbide prononcée. Mais cet homme apprend que l'objet de ses craintes n'existe plus, alors non-seulement disparaissent les symptômes précédents, mais la vie reprend de la force, de l'intensité, de l'ampleur, si l'on peut ainsi s'exprimer. Cet homme assure qu'on lui ôte *un poids de mille livres* de dessus la poitrine, et il a raison, car rien n'étreint, rien ne comprime comme la crainte et le désespoir. C'est là une chose commune, mais qui se répétant journellement, se modifiant, se variant, se transformant de mille manières différentes, influe prodigieusement sur l'économie, l'agite, la bouleverse, la fatigue et l'épuise. Il faut donc toujours en revenir à ce principe, qu'au fond, au début et dans le cours de la plupart de nos maladies, se trouve une affection morale. Le savant Mœringhen a complétement raison quand il dit : *Vix ullus reperitur morbus, cui non aliquod animi pathema, vel ansam, vel incrementum, vel remedium dederit.* (*De animi pathem : Lugduni Batav.*, 1763.) C'est-à-dire : « Il n'est peut-être pas de maladie dont une affection de l'âme ne soit ou le principe, ou la cause d'augmentation, ou le remède », axiome aussi vrai que fécond en beaux résultats pratiques. En effet, on peut déjà entrevoir l'importance de la thérapeutique morale, combien seront puissants les moyens qu'elle emploie, si, aidé de l'observation et d'une expérience tout à la fois clinique et philosophique, on sait les appliquer à propos, avec choix, avec persévérance, et surtout avec un judicieux discernement.

Il est d'ailleurs un principe qu'il ne faut jamais perdre dans cet objet d'une étude difficile et compliquée, c'est d'examiner, de suivre attentivement le mode normal ou irrégulier de l'innervation, les phénomènes multiples, les innombrables modifications du système nerveux. Comme seul intermédiaire entre l'intelligence et les organes, ce système donne une explication assez plausible des troubles fonctionnels produits par les affections morales. C'est par là que l'on conçoit jusqu'à un certain point, comment une douleur morale, être simple, inétendu, méta-

physique qui n'existe que dans la pensée et le sentiment, passe néanmoins dans les nerfs, dans les organes, dans les tissus, dans le sang, dans les humeurs, et les altère plus ou moins profondément; comment les affections morales, vives et fortes, tantôt triplent les forces musculaires, tantôt les anéantissent et les stupéfient; comment poussées à l'extrême, elles brisent ou raniment la vitalité et l'atteignent dans son essence; comment, semblables aux autres maladies, elles ont des périodes de rémission et d'exacerbation; comment l'exaltation du système nerveux rend moins susceptible de contracter certaines maladies, tandis que le contraire s'observe dans le chagrin et les affections dépressives; enfin comment, malgré les dangers, les maladies, on ne peut souvent ni vaincre, ni fuir les tourments de la passion, parce que, à l'exception du chagrin profond, les agitations qui l'accompagnent, ont toujours quelque charme lié à un vif et constant désir d'excitation. Toutefois c'est un charme qui tue par un double effet d'élan et de compression, de transport et d'abattement, d'exaltation et d'épuisement.

Sans vouloir pénétrer dans le champ de la métaphysique, sans prétendre également dire ce qu'est l'élément indiscernable qui s'élançant dans les nerfs, établit les rapports de l'intelligence et de la matière organique, on peut assurer néanmoins que la sensibilité morale est constamment liée à la sensibilité physique, que celle-ci est le *substratum* de la première[1], et qu'il est possible de présumer l'indivisibilité de la trame organique et de la matière nerveuse. Ainsi la sensibilité morale et la sensibilité organique, provenant d'une même origine, se gouvernent par les mêmes lois. Elles diminuent, elles s'élèvent, elles s'abaissent, elles s'exaspèrent ou s'épuisent en même temps. On les voit, dans la grande majorité des cas, se correspondre réciproquement; il y a un *processus* d'action de l'une à l'autre qui démontre, que se coordonnant sans cesse, elles tendent toujours à établir l'unité vitale et sensitive. Cette loi, le fait le plus saillant, le plus remarquable de physiologie-psychologique, explique en partie l'action du physique sur le moral et *vice versâ*, leurs rapports les plus constants, les plus immédiats; aussi un ancien disait-il « qu'on ne peut guérir les yeux sans guérir la tête, guérir la tête sans guérir le corps, et le corps sans l'âme. » Il faut donc s'appliquer à bien connaître avec soin la sen-

[1] Plusieurs auteurs, notamment Boërhaave et Cullen, supposent même que tous les solides de l'animal tirent leur origine des nerfs, et qu'ils ne sont que le prolongement de la substance médullaire. *Quin imo fere demonstrabile est... Omnem totius nostri corporis solidam massam, meris modo nervis et elementis suis, absolute constructam esse.* (Boerh., Intit. med., §. 440.)

sibilité physique individuelle, car la surexcitation qu'elle éprouve comme suite de la douleur morale, est toujours le point de départ d'une foule de maladies dont le siége et la forme varient infiniment. C'est là ce qu'il ne faut jamais perdre de vue, si l'on veut connaître et parcourir avec fruit la gamme sans fin des émotions humaines et calculer jusqu'à un certain point leur influence morbifique. Quoique ce ne soit pas ici le lieu d'établir un parallèle qui nous mènerait trop loin, on peut dire néanmoins que l'irradiation dynamique du système nerveux sur chaque organe, autant qu'il est possible de la connaître, donne la clef d'un grand nombre de maladies, conséquences d'affections morales, vives et profondes. Si, dans l'état ordinaire et physiologique, il n'est pas un sentiment, pas une idée, pas un acte de l'intelligence, qui ne soit modifié par la disposition nerveuse, et son énergie fonctionnelle, qu'on juge de son influence lorsque ce système est violemment et radicalement agité par des idées, par des sentiments extranormaux. Tâchons donc d'apprécier rapidement cette influence sur l'économie en général, et sur certains organes en particulier.

Reveillé Parise.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LE TRAITEMENT DES EXANTHÈMES FÉBRILES (fièvres éruptives.)

On s'est beaucoup occupé, dans ces derniers temps, d'éclairer par des faits multipliés et comptés, la thérapeutique de certaines maladies telles que la pneumonie, le rhumatisme, la fièvre typhoïde, etc. ; mais cette ferveur de progrès ne s'est point encore étendue jusqu'aux fièvres éruptives dont le traitement est encore enveloppé des ténèbres de l'assertion vague. Cela tient sans doute à ce que ces dernières maladies sont, en général, moins meurtrières et qu'elles parcourent plus rapidement leurs innocentes périodes ; mais, s'il est vrai que, dans la plupart des cas, les éruptions fébriles ont une terminaison heureuse, quel que soit le traitement mis en usage, il n'en est pas moins certain que lorsqu'elles revêtent des caractères graves, le praticien éprouve un pénible embarras en face des opinions dissidentes qui ont cours et sur leur nature, et sur les moyens de traitement qu'il convient de leur opposer. Sans avoir la moindre prétention à résoudre définitivement ici les grandes questions relatives à ce genre de maladies, je compte établir quelques principes légitimement déduits des faits assez nombreux recueillis dans une sorte d'épidémie qui, depuis un an et plus, règne dans notre ville.

Les systèmes aujourd'hui régnant sur le traitement applicable aux fièvres éruptives, peuvent être réduits à trois chefs principaux :

1° Les uns, considérant ces fièvres comme le résultat des efforts de la nature pour expulser un principe morbifique, recommandent de respecter ce mouvement dépurateur, et se bornent à l'expectation, c'est-à-dire à la méthode antiphlogistique simple ou sans saignées.

2° Les seconds, imbus des mêmes principes théoriques, pensent néanmoins qu'il convient d'aider la nature dans son travail éliminateur, et font usage des excitants, notamment des sudorifiques, par condescendance pour le *quò natura vergit eò ducendum*.

3° Les derniers, enfin, s'inquiétant peu du principe morbifique, et ne tenant compte que de l'appareil phlogistique et de réaction qui caractérise ostensiblement ces maladies, pensent que les antiphlogistiques actifs sont les seuls moyens qu'il convienne de leur appliquer.

Ces divergences d'opinions sont de peu de conséquence, je le répète, alors qu'il s'agit d'exanthèmes bénins, mais il n'en est pas de même lorsque la maladie revêt cet appareil de gravité qui constitue la malignité, comme on l'appelle. Les faits suivants pourront servir à démontrer cette double proposition. Nous allons produire, dans des paragraphes successifs, nos obervations résumées d'érysipèle, de rougeole, de scarlatine et de variole, puis nous déduirons quelques conclusions.

I. *Érysipèles de la face*. Quatre cas d'érysipèle de la face se sont offerts à notre observation, chez quatre femmes de cinquante-trois, vingt-quatre, vingt-cinq et vingt-neuf ans.

Dans le premier cas, nous avons laissé marcher la maladie sous l'influence du repos, de la diète et des émollients, et l'exanthème a duré huit jours.

Dans le second cas, nous avons administré un laxatif, et la maladie a duré six jours.

Dans le troisième cas, une saignée générale a été faite, et l'éruption a duré six jours également.

Dans le dernier cas, enfin, prodrômes typhoïdes, une saignée ; érysipèle le huitième jour, deuxième saignée générale, puis quatre saignées locales, puis onctions mercurielles. L'éruption érysipélateuse dure sept jours.

Pas n'est besoin de dire que nous nous sommes conformés, quant à l'espèce et à la dose des moyens, à la nature et à l'intensité de l'appareil morbide. Il n'en est pas moins à remarquer que deux érysipèles traités, l'un par la saignée, l'autre par un purgatif, ont eu la même durée (six jours); et que deux autres, traités, l'un par l'expectation,

l'autre par les saignées répétées et les mercuriaux , ont eu à peu près aussi la même durée (huit et sept jours).

II. *Rougeoles*. Quatre cas de roséole (rougeole légère), chez quatre hommes, ont été soumis à l'expectation et n'ont eu que de deux à cinq jours de durée.

Dans deux cas de rougeole complète, chez deux femmes de dix-neuf à vingt-six ans, l'une a été traitée par l'expectation et a duré huit jours, dont trois de prodrômes et cinq d'éruption; et l'autre, précédé de quinze jours d'irritation gastro-pulmonaire, a nécessité une application de quinze sangsues à l'épigastre et a duré huit jours, dont deux de prodrômes et six d'éruption.

Ces cas sont trop peu nombreux pour qu'on puisse rien en conclure. Il est évident que le dernier était plus grave que les autres.

III. *Scarlatines*. Ce genre d'exanthèmes étant celui dont nous avons observé les cas les plus nombreux, et comportant, en général, plus de gravité que les précédents, nous devons nous y arrêter plus longtemps.

Quatorze cas se sont offerts, chez neuf femmes et cinq hommes, âgés de dix à vingt-huit ans.

Quant aux saisons, ces cas sont répartis ainsi qu'il suit : un en septembre, deux en janvier, deux en février, trois en mars, trois en avril, un en mai, deux en juin.

De ces cas, huit se sont offerts sous forme bénigne ; deux ont pris la forme grave ou maligne ; un a été suivi de fièvre typhoïde (entérite folliculeuse); un a été compliqué de miliaire et de gale; deux ont été compliqués de variole bénigne.

Les huit cas bénins ont tous été compliqués d'angine gutturale.

De ces huit cas, trois ont été traités par l'expectation, desquels una duré neuf jours (cinq de prodrômes, quatre d'éruption) ; un a duré huit jours (quatre de prodrômes , quatre d'éruption); un a duré sept jours (un de prodrômes, six d'éruption). Moyenne générale : huit jours.

Trois ont été traités par les émollients et les sangsues à la gorge : un a duré onze jours (quatre de prodrômes, sept d'éruption); un a duré sept jours (deux de prodrômes, cinq d'éruption) ; un a duré cinq jours (un de prodrômes, quatre d'éruption). Moyenne générale, un peu moins de huit jours (sept jours deux tiers).

Deux ont été traités, l'un par l'infusion de tilleul, et l'autre par l'acétate d'ammoniaque (de quinze à trente grammes dans une potion), plus une application de sangsues à la gorge (association irrationnelle) ; tous deux ont duré neuf jours (trois de prodrômes, six d'éruption). Le cas traité par l'infusion de tilleul et la chaleur du lit a été accompagne de diapharèse et compliqué d'une abondante éruption de sudamina.

D'où résulte que les cas traités par les émollients et les sangsues ont eu la durée la plus courte ; puis viennent ceux traités par la simple expectation, puis enfin ceux traités par les excitants sudorifiques, lesquels cas ont eu la durée la plus longue.

Donc l'avantage serait en faveur des antiphlogistiques avec ou sans saignées ; néanmoins la différence est si peu de chose qu'elle mérite à peine d'être notée.

Mais, lorsque la scarlatine revêt la forme maligne, la question acquiert bien de la gravité, car il y va de l'existence des malades. Il n'est que trop vrai, cependant, que dans ces cas difficiles les malades succombent le plus souvent, quelle que soit la méthode mise en usage ; ou du moins avons-nous vu des malades, confiés à d'autres mains que les nôtres, périr aussi bien pendant l'emploi des saignées répétées, que par l'usage des excitants (sudorifique, camphre, musc, etc.); et par contre, nous avons vu des malades très-gravement affectés, guérir sous l'influence des méthodes les plus diverses : c'est à la statistique seule qu'il appartient d'éclaircir ce mystère. Or, voilà précisément ce qui doit rendre les praticiens très circonspects à l'égard de ces remèdes nouveaux, la plupart empyriques et irrationnels, que la presse médicale produit avec tant de complaisance. Par exemple, on se rappelle que dans ces derniers temps le carbonate d'ammoniaque a été préconisé comme remède merveilleux dans la scarlatine maligne. Quelques faits comme le suivant ont pu plaider en faveur de ce moyen.

En janvier 1840, une fille de vingt-trois ans, de bonne constitution, entre à la Clinique de la faculté. Il y a trois jours qu'elle a été prise de frisson avec fièvre, angine, etc. Le jour de l'entrée, une éruption scarlatineuse se manifeste sur tout le corps ; pouls très-fréquent (à cent cinquante), anxiété, chaleur, langue rouge, angine gutturale intense, etc.; émollients.

Le deuxième jour de l'éruption, bouche aride ; narines pulvérulentes, diarrhée ; quinze sangsues à la gorge.

Troisième jour, même état : émollients.

Quatrième jour, délire pendant la nuit ; le pouls est à cent huit.

Cinquième jour, état typhoïde, délire, carphologie, pouls à cent. vésicatoire à la nuque. Carbonate d'ammoniaque 4 grammes, dans une potion, à prendre par cuillerée d'heure en heure.

Sixième jour, délire plus intense, selles involontaires, pouls à cent vingt, légère desquammation dans quelques points, malgré la persistance de la rougeur générale ; *ut suprà*.

Septième jour, moins d'agitation, carphologie, selles et urines involontaires ; *ut suprà*.

Huitième jour, assoupissement, carphologie, pouls à cent, la rougeur pâlit, la desquammation devient générale; *ut suprà.*

Neuvième jour de l'éruption, le mieux se prononce. Le dixième, la convalescence est confirmée, on cesse le carbonate d'ammoniaque. La malade sort de l'hôpital le vingt-troizième jour.

Mais voilà qu'elle se présente de nouveau, trois jours après, présentant des symptômes d'affection gastro-intestinale, anorexie, nausées, céphalalgie, vertiges, lassitudes, mouvement fébrile. L'épiderme est en pleine desquammation. Deux jours après, un *vomitif* est administré, les symptômes persistent. Quelques jours plus tard, on se décide à faire une application de sangsues sur l'abdomen; le soulagement est prompt, et la malade sort définivement, quarante-deux jours après le début de la scarlatine.

Ce fait produisit une certaine sensation sur les assistants, qui ne doutèrent pas que la guérison, dans un cas si grave, ne fût le résultat positif de l'administration du carbonate d'ammoniaque. Sans vouloir le nier absolument, je ferai remarquer, 1° que le remède ayant été administré le cinquième jour de l'éruption, le lendemain l'état de la malade parut manifestement aggravé; le délire était plus intense, les selles étaient devenues involontaires, le pouls montait à cent vingt au lieu de cent qu'il offrait la veille; 2° que les symptômes typhoïdes persistèrent jusqu'au huitième jour, époque où la résolution de l'exanthème commençait à s'effectuer; 3° que les symptômes graves s'amendèrent en même temps que l'éruption, comme cela s'observe dans les cas ordinaires; 4° que l'éruption eut ici sa durée normale; toutes circonstances qui porteraient à penser que la guérison fut plutôt l'effet de l'évolution naturelle de la maladie que le produit de la médication. Peut-être même pourrait-on avancer que celle-ci eut des effets fâcheux, si, indépendamment de l'aggravation immédiate des symptômes, on veut bien se rappeler les accidents gastriques qui ramenèrent la malade à l'hôpital, résistèrent à un vomitif et cédèrent aux antiphlogistiques.

Toutefois, nous étions curieux d'établir la contre-épreuve, et l'occasion ne tarda pas à s'offrir.

En avril suivant, une fille de vingt-six ans, de bonne constitution, entre à la clinique, au premier jour d'une éruption scarlatineuse précédée de deux jours de fièvre avec angine; émollients.

Le troisième jour de l'éruption, délire aigu, anxiété, rougeur générale de la peau compliqué de miliaire, pouls à cent quarante, abdomen douloureux, selles involontaires. En face de ces graves accidents, nous avons le courage de rester spectateurs immobiles, persuadé que nous sommes de l'incertitude, sinon du danger des méthodes actives.

Le délire, la diarrhée, l'extrême fréquence du pouls, persistent les quatrième et cinquième jours de l'éruption : émollients. Le sixième jour, l'amélioration se prononce, la peau commence à pâlir. Le septième jour l'éruption a disparu, l'abdomen est indolent, la diarrhée n'existe plus, le pouls est descendu à quatre-vingts. Le huitième jour, convalescence franche qui n'est entravée par aucun accident.

Certes, il est impossible de rencontrer un fait qui mette plus en relief les ressources spontanées de la nature dans certains cas de scarlatine maligne. Sous quelque point de vue qu'on veuille le considérer, il est évident qu'ici les phénomènes, aussi graves que dans le cas précédent, ou peu s'en faut, ont procédé d'une manière plus régulière, plus franche, plus satisfaisante, en un mot. Ici, point d'aggravation des accidents, malgré l'abstinence des remèdes actifs ; l'éruption se résout un jour plus tôt, et nul accident ne vient traverser la convalescence. Les cas de ce genre sont bien faits, on en conviendra pour susciter au moins des doutes à l'égard des remèdes empyriques prônés et accueillis avec la même légèreté. Ajoutons que le carbonate d'ammoniaque, employé depuis dans des cas analogues venus à notre connaissance, n'a pas empêché la catastrophe. Du reste, je m'empresse de le dire, ce n'est point par deux ou trois faits que peuvent être résolues des questions aussi graves.

Chez celui de nos malades qui fut pris d'entérite folliculeuse à la suite de scarlatine, les prodromes durèrent six jours, l'éruption trois jours et l'angine sept jours. Le sujet paraissait convalescent, sauf peut être quelque accélération du pouls, de l'anorexie, etc., lorsqu'au quinzième jour à dater de l'invasion, des taches rosées lenticulaires apparurent sur l'abdomen. Graduellement l'appareil typhoïde se développe (épistaxis, diarrhée, stupeur, sibilance thoracique, etc.) Une saignée est pratiquée le vingtième jour ; émollients pendant toute la durée de la maladie, qui parcourt ses périodes avec assez peu de gravité, et se termine vers le trente-cinquième jour à partir de l'invasion de la scarlatine.

Nous serons bref, quant à nos cas de scarlatine compliquée.

Premier cas. Fille de dix-neuf ans, trois jours de prodrômes, puis éruption scarlatineuse compliquée de miliaire blanche abondante à la surface des plaques. *Émollients.* Le quatrième jour de l'éruption, résolution de la rougeur, persistance de la miliaire, qui se flétrit aussi les jours suivants ; puis on découvre que la malade est affectée de la gale. Il y a donc de remarquable ici, l'invasion de la scarlatine chez un sujet galeux, puis cette éruption vésiculeuse aiguë, la miliaire, venant se mêler à une affection vésiculaire chronique.

Deuxième cas. Homme de dix-huit ans, trois jours de prodrômes. En même temps que la rougeur scarlatineuse se développe, une éruption de varicelle s'effectue. Émollients. L'éruption scarlatineuse ne dure que deux jours, la varicelle est en dessiccation le cinquième jour.

Troisième cas. Homme de vingt-sept ans. Frisson, fièvre, angine et éruption scarlatineuse le même jour. Au cinquième jour, apparaît une varioloïde abondante. Émollients. L'éruption scarlatineuse se résout le septième jour. La varioloïde se dessèche le dixième jour de la maladie générale. Dans l'intervalle, une rétention d'urine de deux jours a nécessité le cathétérisme. Une conjonctivite contemporaine de l'éruption variolique se termine par ulcération le dixième jour, et se cicatrise lentement sous l'influence des cautérisations par le crayon de nitrate d'argent. Un engorgement douloureux de la mamelle droite cède promptement aux topiques émollients.

Ces diverses complications n'ont rien de très-curieux en elles-mêmes; mais elles prouvent que des complications des exanthèmes entre eux ne modifient pas essentiellement les indications thérapeutiques, et que ces cas compliqués, aussi bien que les cas simples, guérissent facilement et promptement par l'expectation.

Je ferai remarquer, en passant, que, malgré le caractère contagieux bien avéré de la scarlatine, les malades ont tous séjourné dans nos salles sans le moindre préjudice pour leurs voisins.

IV. *Varioles.* Indépendamment des précédents, huit cas de variole d'intensité diverses se sont offerts chez sept hommes et une femme, âgés de dix-neuf à vingt-neuf ans. La plupart de ces sujets avaient été vaccinés. Leur histoire individuelle n'aurait rien de bien intéressant, si ce n'est celle de l'individu chez lequel une belle variole succéda à une entérite folliculeuse grave, fait curieux que nous avons longuement analysé dans notre *Traité de l'entérité folliculeuse*. Il nous suffira de dire ici que les sept cas suivis de guérison ont été soumis aux simples émollients ou à l'expectation. Un de nos malades a succombé. Voici son histoire :

Homme de vingt-cinq ans, de bonne constitution, portant des cicatrices de vaccine légitime. Le 17 mars 1840, frisson, fièvre, toux, douleur de côté; il se couvre et boit du vin chaud pour provoquer des sueurs. Les accidents s'aggravent. Un médecin appelé fait appliquer vingt-cinq ventouses scarifiées sur le côté douloureux, puis administre un purgatif.

Le quatrième jour, éruption abondante de papules rouges sur tout le corps. Le malade entre à l'hôpital le lendemain, cinquième jour de la maladie, deuxième de l'éruption. État grave. Émollients.

Le troisième jour de l'éruption, les papules sont confluentes; il est

évident que la surface de la peau ne suffira pas à leur développement ; agitation, délire. Émollients.

Le quatrième jour, les papules, qui commeneent à suppurer, sont d'un rouge livide, comme cyanosé ; agitation extrême, délire aigu, pouls fréquent et serré. Seize sangsues aux apophyses mastoïdes.

Le cinquième jour, les aceidents vont s'aggravant ; pustules livides, délire furieux. Vésicatoire aux euisses. Affaissement progressif, mort dans la soirée, neuvième jour de l'invasion, einquième de l'éruption.

Nécroscopie. Forte injection des méninges et du cerveau ; poumons engoués, demi-friables, bronehes injectées ; rougeurs disséminées dans le canal digestif ; trois plaques de peyer pointillées de noir, au voisinage de la valvule iléo-cœeale.

Il est évident pour nous que le traitement irrationnel du début (exeitant, purgatif) a dû coneourir au développement des symptômes formidables qui ont entraîné la mort. La maladie une fois développée, je doute qu'un traitement queleonque eût pu en triompher. Cependant nous avons peut-être péché par trop de mollesse dans l'emploi des saignées, témoins les phlegmasies répandues dans la plupart des organes.

Il est un fait avéré pour nous, e'est qu'au début des varioles graves, avant l'éruption, un traitement antiphlogistique rigoureux est spéeialement indiqué ; que nous ne l'avons jamais vu suivi de conséquenees fâcheuses, et que maintes fois, au contraire, il modifie favorablement la marche ultérieure de la maladie. Nous pourrions en produire plusieurs témoignages péremptoires, si l'espaee le permettait. Nous nous bornerons à dire iei que quatre fois, depuis quelque temps, nous avons eu l'occasion d'appliquer la saignée répétée à de violents prodrômes de variole : deux fois il s'en est suivi une éruption bénigne, nullement en rapport avee l'appareil inquiétant du début, et deux fois a succédé une éruption confluente, qui s'est terminée favorablement, et nous nous sommes demandé ee qu'il fût advenu, si nous n'eussions abattu cette violente réaetion initiale.

Mais, lorsque l'éruption est effectuée, et qu'alors seulement des symptômes graves se prononcent, les évacuations sanguines sont encore rationnelles, sans doute ; mais il nous a semblé qu'elles ont perdu de leur empire, du moins les avons-nous vues fréquemment demeurer impuissantes.

Résumant ce qui précède, nous voyons que de trente-six cas d'exanthèmes fébriles, un seul a été suivi de mort, et l'on a vu dans quelles eirconstances.

Or, des faits préeédents, je erois pouvoir conclure que dans les fièvres éruptives :

1° Lorsque la maladie est bénigne, elle se termine favorablement, quelle que soit la méthode employée.

2° Que cependant la méthode antiphlogistique simple, accompagnée ou non d'évacuations sanguines modérées, est rationnellement préférable à l'emploi des excitants généraux ou spéciaux et à celui des évacuants du tube digestif, proposition confirmée par la pratique.

3° Que lorsque les fièvres éruptives prennent des caractères de malignité, l'expectation ou méthode antiphlogistique simple est encore préférable aux remèdes perturbateurs, irrationnels, empyriques, que la crédulité médicale accueille avec une déplorable facilité.

4° Que les évacuations sanguines conviennent dans les prodrômes des fièvres éruptives graves; mais que les saignées perdent de leur efficacité lorsque déjà l'éruption est effectuée.

5° Que dans toutes les périodes, comme dans toutes les formes des exanthèmes fébriles, les agents stimulants, notamment les sudorifiques, sont en général irrationnels et dangereux.

6° Que s'il est une méthode générale applicable au traitement des exantèmes fébriles, sans distinction de formes et de périodes, c'est sans contredit la méthode antiphlogistique simple, dite expectation, qui mérite la préférence. Ce qui n'exclut pas l'emploi des autres méthodes dans des cas exceptionnels, généralement assez difficiles à déterminer.

FORGET.
profess. de clin. médic. de la Faculté de Strasbourg.

DE L'EMPLOI DU FOIE DE SOUFRE SEUL DANS LE TRAITEMENT DE LA GALE.

Depuis longues années, la pommade d'Helmerich, composée de : axonge 8 parties, soufre sublimé 2 parties, carbonate de potasse 1 parties, est employée à l'hôpital Saint-Louis tant pour le traitement des galeux de l'hôpital que pour celui des galeux du dehors qui se soignent en ville sur la délivrance qui leur est faite de médicaments propres à opérer leur guérison.

Des frictions avec 15 grammes de cette pommade, matin et soir, et un bain tous les deux ou trois jours, opèrent constamment la cure.

Mais cette pommade a l'inconvénient grave de noircir le linge sans que cette coloration puisse être enlevée à la lessive; aussi des draps particuliers sont-ils affectés au service des galeux à l'hôpital Saint-Louis.

Lorsque je succédai à M. Biett, je fus frappé de l'aspect hideux qu'offrait la salle des galeux qui faisait partie de mon service, et l'ad-

ministrateur de l'hôpital me signala même cet inconvénient comme pouvant faire l'objet d'une amélioration utile.

Je ne tardai pas à abandonner la pommade d'Helmerich, et je la remplaçai par des lotions de foie de soufre en dissolution dans l'eau. Je fis préparer deux liqueurs composées, la première d'une partie de foie de soufre et de trois parties d'eau, et la seconde d'une partie de foie de soufre et de six parties d'eau.

Pour le traitement de la gale discrète, j'emploie seulement la formule de la liqueur la plus étendue. Lorsque la gale est confluente, je fais faire pendant deux jours des frictions avec la lotion de la formule la plus forte, et je termine le traitement avec la liqueur la plus faible.

L'emploi de l'une ou de l'autre est fort simple. Le malade met dans un vase une petite quantité de la lotion dont il doit se servir ; il y trempe les mains alternativement, et se frictionne légèrement sur toutes les parties où il existe des vésicules.

Quant à la durée du traitement, elle est en moyenne de près de dix jours, et j'ai la certitude que ce chiffre est même beaucoup trop élevé. Cette évaluation résulte d'un relevé qui porte sur cent dix malades, nombre où se trouvent compris ceux sur lesquels les premières tentatives ont été faites, et par conséquent où le traitement a été moins bien dirigé qu'il ne l'a été plus tard.

Ce traitement a été mis en usage indistinctement pour tous les cas; il a toujours réussi, et ne nous a pas offert de récidive.

Les taches faites sur le linge ont disparu à la lessive; et en peu de temps tous les galeux ont été mis aux draps blancs. .

Ce traitement a cependant les inconvénients, qui proviennent et de la nature même de la substance qui en forme la base, et de la manière dont le malade le met en usage.

L'emploi d'une solution trop forte de foie de soufre ou les frictions trop fortes avec la liqueur, développent rapidement un lichen simple de la peau, qui guérit, il est vrai, par l'usage de quelques bains, mais qui irrite souvent le malade par les démangeaisons qu'il occasionne.

C'est surtout chez les femmes où cet état papuleux de la peau se montre avec rapidité; aussi nous n'employons ordinairement chez elles que la solution n. 2, encore ne portons-nous souvent le foie de soufre qu'à la dose d'un huitième du liquide employé.

Le traitement de la gale par le foie de soufre ne diffère de celui qui était mis en usage par Dupuytren, qu'en ce que ce savant praticien le décomposait en partie en y ajoutant de l'acide sulfurique. Il faisait dissoudre quatre onces de foie de soufre dans une livre et demie d'eau avec addition d'une demi-once d'acide sulfurique.

Si maintenant on compare le traitement que nous avons introduit dans notre service à l'hôpital Saint-Louis, avec celui d'Helmerich, on voit qu'il a sur ce dernier bien des avantages.

1° Un relevé des cent dix malades traités dans la même salle avant notre arrivée à l'hôpital a donné seize jours pour moyenne de la durée de sejour.

La moyenne de la durée de notre traitement n'a été que de neuf jours neuf dixièmes de jour.

2° Il est aussi facile de se frictionner avec une liqueur qu'avec une pommade ; et cette liqueur éteint ordinairement toutes les vésicules souvent dans les premières vingt-quatre heures et toujours en quarante-huit heures, de manière à s'opposer à toute infection ultérieure.

3° Ces lotions ne font pas sur le linge des taches qui ne puissent pas résister à la lessive.

4° Ce traitement est au moins aussi peu dispendieux qu'aucun de ceux qui ont été préconisés contre la gale.

Alph. Devergie.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ L'HOMME.

La blennorrhagie est une maladie tellement commune, on s'entend si peu dans la pratique sur la valeur thérapeutique des médicaments qu'on lui oppose d'ordinaire ; il règne en un mot une telle confusion dans les doctrines généralement admises, que je crois de mon devoir d'ajouter encore quelques mots aux nombreuses publications que j'ai déjà faites sur ce sujet, afin d'éclairer davantage encore la question et de régulariser, s'il est possible, une méthode générale de traitement, qui fasse disparaître à tout jamais ce chaos d'idées étrangement bizarres qui président à une médication empyrique souvent irrationnellé, à une médication spéculative et en quelque sorte commerciale.

Avant de passer au traitement de la blennorrhagie, il est très-important de dire ici quelques mots de généralités desquelles nous pourrons tirer quelques bonnes indications pour la thérapeutique.

La blennorrhagie urétrale, car c'est de cette forme seule qu'il sera question dans cet article, n'est rien autre chose que l'inflammation catarrhale du canal de l'urètre.

La blennorrhagie simple appartient à la classe des maladies vénérien-

nes non virulentes, c'est-à-dire que l'on contracte dans les rapports sexuels souvent même les plus légitimes et les mieux ordonnés.

Ce n'est pas que, dans l'immense majorité des cas, la blennorrhagie ne soit pas le résultat d'une infection directe, comme l'on sait. Elle est donc une maladie contagieuse, mais non virulente, de cette virulence pouvant donner lieu à l'infection constitutionnelle syphilitique, le seul cas excepté, comme nous le disions dans un précédent article sur le sarcocèle syphilitique (*Bulletin thérapeutique*, octobre 1840, t. XIX, p. 219), où un chancre larvé urétral compliquerait la blennorrhagie.

On peut donc établir deux grandes classes de blennorrhagies. La blennorrhagie simple ou purement catarrhale.

2° La blennorrhagie dite virulente ou avec chancre du canal. Mais alors dans ce cas nous avons deux maladies bien différentes à combattre. De cette grande division va résulter d'immenses conséquences pratiques. Toutes les fois qu'il se présentera à l'observation une blennorrhagie, on aura donc à se demander est-elle ou n'est-elle pas virulente?

Au début il pourra être assez difficile d'établir un diagnostic précis touchant l'existence du chancre urétral ; mais on verra combien l'incertitude même du diagnostic nuit peu à une bonne thérapeutique.

Le pus virulent d'un chancre a cheminé pendant les rapports sexuels à une plus ou moins grande profondeur dans le canal de l'urètre, y détermine une ulcération, conséquence de l'inoculation du principe; mais en même temps ce pus, agissant au voisinage non plus comme principe inoculable, mais comme cause irritante, produit l'inflammation des follicules muqueux, et détermine la sécrétion qui en est la conséquence : ou bien encore avec le chancre, existait une blennorrhagie, et il s'est fait une double infection.

En tout état de cause il y a mélange des deux produits de sécrétion, dont l'un plus abondant peut masquer l'autre et rendre méconnaissable ce dernier.

Toutefois la matière de l'écoulement perd d'autant plus son caractère lactescent blanc jaunâtre tirant plus ou moins sur le vert, pour prendre une teinte grisâtre sanieuse, que l'ulcération qui sécrète ce dernier produit est plus étendue. On y rencontre quelquefois de petites stries sanguines qui deviennent plus caractéristiques encore. Mais n'oublions point que toute ulcération urétrale n'est pas un chancre ; que l'inflammation simplement catarrhale peut être assez vive pour devenir en quelque sorte phlegmoneuse, et déterminer dans l'épaisseur de l'urètre ou dans son voisinage de petits abcès dont le produit pourrait en imposer et faire croire à l'existence de chancres. Mais il ne faut pas oublier

que le mucopus d'une blennorrhagie simple n'est point inoculable, ne donne pas la pustule caractéristique du chancre. On pourra donc, dans certains cas, trouver dans l'inoculation bien faite une source presque certaine de diagnostic. Et c'est surtout ici que l'inoculation peut être utile, quoi qu'on en ait dit; car, la blennorrhagie est-elle simple? il n'y a aucun danger à faire l'inoculation, puisque le résultat sera négatif, et c'est au moins ce qui arrive quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent; mais, si par hasard la blennorrhagie était compliquée de chancre, il serait très-important de le savoir.

Toujours est-il que si l'inoculation venait nous démontrer l'existence d'un chancre urétral, il faudrait d'abord faire le traitement des complications, c'est-à-dire combattre l'inflammation par tous les moyens possibles pour en venir ensuite au traitement particulier du chancre, dont nous n'avons pas ici à nous occuper, puisque nous ne voulons parler que de l'urétrite simple blennorrhagique.

Mais je voulais bien établir, avant de passer outre, que le traitement mercuriel, sauf le cas exceptionnel dont nous venons de parler, devait être proscrit du traitement de la blennorrhagie; car le traitement mercuriel seul aggrave plutôt l'écoulement qu'il ne le diminue : c'est un fait acquis. Et quelle bonne raison pourrait-on donner en faveur de son administration, puisqu'il ne doit agir que sur l'infection syphilitique constitutionnelle, qu'on ne peut pas raisonnablement supposer, surtout si on a fait l'inoculation dans un temps opportun et avec les précautions requises pour qu'elle réussisse.

J'ai dit que si, au début, un diagnostic précis était souvent très-difficile à établir, il était fort heureusement peu nécessaire pour bien diriger le traitement de la maladie. Car, partant de ce principe qu'il faudra toujours faire le traitement des complications, avant tout, on devra, comme je l'ai dit, dans le traitement de la blennorrhagie, combattre les accidents inflammatoires, s'ils existent, et le chancre lui-même s'en trouvera bien. Après quoi, la guérison du chancre par les moyens appropriés, faisant disparaître une cause d'irritation incessante, agira aussi d'une manière utile contre l'inflammation catarrhale, dont on pourra également, vers la fin, combattre la persistance par les préparations balsamiques. Ce que j'avance ici est une conséquence de faits nombreux qui se sont présentés à moi depuis dix ans avec une régularité constante, et que du reste confirme la juste interprétation des faits en apparence contradictoires rapportés par les auteurs, qui, pour n'avoir pas vu ou n'avoir pas répété eux-mêmes l'expérimentation raisonnée à laquelle je me suis livré, et pour ne pas sortir d'une voie frayée et battue, se sont inscrits contre des faits qui parlent pourtant

assez haut. Ainsi donc, rien de plus déraisonnable qu'un traitement mercuriel dirigé contre une blennorrhagie simple. Oui, je le répète, on a vu des blennorrhagies suivies d'accidents constitutionnels syphilitiques ; mais alors j'atteste, parce que j'ai une conviction intime et profonde, que la blennorrhagie était virulente, c'est-à-dire avec chancre larvé du canal. Mais, dans une autre circonstance, je reviendrai sur ce point avec de plus amples détails.

Aujourd'hui, il s'agit plus particulièrement de la blennorrhagie simple.

Or, pour bien diriger le traitement de la blennorrhagie, il faut lui reconnaître trois périodes principales : une période de début ou d'invasion, une période d'état, et enfin une troisième, celle de déclin. Je n'ai rien à dire sur la période d'incubation, plus ou moins longue comme on sait, et pendant laquelle la maladie, n'existant encore qu'en puissance, si je puis parler ainsi, ne peut être reconnue.

Toutefois, par incubation, je n'entends parler que du temps nécessaire pour que le principe morbifique, déposé sur la surface muqueuse, y détermine localement les phénomènes par lesquels il manifeste sa présence. C'est une véritable évolution qui se fait plus ou moins rapidement, mais qui n'a rien de comparable à ce qui se passe dans l'inoculation du principe variolique, par exemple, qui, inoculé, infecte d'abord la constitution, et revient comme par un choc en retour se manifester à la peau. Dans ce dernier cas, le temps qui sépare l'infection de la manifestation cutanée est une véritable incubation, un travail d'enfantement dans lequel toute la constitution concentre ses forces pour expulser le mal ; mais pour la blennorrhagie, nous n'avons rien de comparable à cela.

Et d'abord, avant de passer au point de vue du traitement à l'étude de ces trois périodes dont nous venons de parler, existe-t-il, par exemple, une différence saisissable, appréciable, entre une blennorrhagie par infection directe et une blennorrhagie qu'on pourrait rapporter à une multitude d'autres causes, telles que les rapports sexuels exagérés, la malpropreté, les fleurs blanches, la masturbation, etc.? Eh bien, je dis, et sans craindre de me tromper, qu'aujourd'hui dans l'état actuel de la science, il est impossible de reconnaître à aucun signe tiré soit de l'examen des surfaces, soit de l'examen du produit de sécrétion, soit de la marche ou de la durée de la maladie, de reconnaître, dis-je, à aucun signe, la nature de la cause : cette maladie, jusqu'à présent du moins pour moi, étant identique quant à sa nature et ne présentant que des différences d'acuité ou d'étendue.

Quel que soit donc le nom que l'on donne vulgairement à cette af-

fection, et ici je m'abstiens de transcrire toutes les dénominations qu'on affecte à cette maladie, quelle que soit la cause, j'y vois toujours une inflammation plus ou moins étendue, plus ou moins vive, des surfaces muqueuses, dont la quantité et la qualité du produit de sécrétion est intimement lié aux conditions particulières de l'inflammation. Ceci étant posé, il en résulte, comme conséquence pratique, que les diverses indications d'une thérapeutique rationnelle ne peuvent se tirer que de ces mêmes conditions, et non pas de la nature même de la cause. J'avais besoin de poser ce fait en principe pour justifier au point de vue du traitement la division en trois périodes que j'ai adoptée.

En passant en revue ces trois périodes, je ne dois insister sur la symptômatologie qui leur est propre qu'autant qu'elle est nécessaire pour établir le choix de la médication. Je supposerai la connaissance de tous les détails qui ne me seront pas nécessaires dans l'appréciation des moyens.

Une petite sensation de cuisson se manifeste dans l'émission de l'urine : en pressant le meat urinaire il se montre une toute petite gouttelette de mucus blanchâtre, mais presque encore transparente. Une blennorrhagie va se déclarer; le médecin consulté devra-t-il rester spectateur paisible d'un mal naissant qui tout à l'heure le débordera de toutes parts? L'écoulement est un peu plus abondant, mais ce produit de sécrétion n'est pas encore franchement purulent, il n'est pas encore épais, comme phlegmoneux, d'une couleur blanc jaunâtre tirant sur le vert; la douleur n'existe guère que dans l'émission de l'urine; elle est légère; les érections ne sont point douloureuses. Nous sommes évidemment à la période de début, d'invasion de la maladie; les symptômes inflammatoires ne se sont pas encore développés. Dans ce cas, ne point agir serait se rendre coupable envers le malade d'une hésitation qui lui est préjudiciable. Que faire donc? recourir aux antiphlogistiques, aux boissons délayantes, bains, cataplasmes, sangsues, etc.; mais pour quoi faire? pour prévenir l'inflammation envahissante qui menace de se développer; il est bien plus simple de profiter de suite de la non-existence pour attaquer le mal promptement avant qu'il n'ait acquis son droit de domicile, car alors il est chez lui, il a étendu son domaine, et il n'est pas facile de le débusquer.

Le traitement abortif de la blennorrhagie est donc de rigueur toutes les fois que le médecin arrive à temps. Il consiste exactement dans les mêmes moyens que nous aurons à opposer à la blennorrhée ou écoulement urétral sans phénomènes inflammatoires.

Mais j'entends qu'on me dit : il est prudent de faire couler quelque temps la blennorrhagie, c'est un émonctoire utile. Si on n'avait cette

précaution, on s'exposerait volontairement à des accidents de répercussion d'un principe qui produirait ensuite au loin ses ravages .. Quelles répercussions, je vous prie? la vérole constitutionnelle? Mais vous savez que c'est impossible, que pour la produire il faut une cause syphilitique, et vous ne sauriez la trouver dans la blennorrhagie. Voulez-vous parler de l'ophthalmie blennorrhagique, des artrites blennorrhagiques? Sans m'expliquer ici sur le mode de production de ces accidents, du moins vous serez forcé d'admettre avec moi, que ce principe infectant, s'il en est un, laissera d'autant moins de chances d'infection au malade qu'on l'aura détruit plus vite, tué en quelque sorte à sa naissance.

Outre que la conduite d'un médecin qui n'agirait pas ainsi serait imprudente, ces idées répandues dans le public malade pourraient avoir des conséquences fâcheuses. Combien en effet ne voit-on pas de malades qui, rapportant à une blennorrhagie toutes leurs maladies ultérieures, même celles qu'on doit regarder comme étant sous la dépendance d'une infection constitutionnelle, viennent vous dire, en oubliant un chancre qui a été traité régulièrement pendant six semaines et plus: « J'ai eu, il y a quelque temps, une blennorrhagie; mais mon médecin n'a fait que me *blanchir*, suivant leur expression, il me l'a coupé tout de suite et le mal s'est porté comme vous voyez. » On retrouve ce langage presque dans toutes les bouches, et beaucoup de médecins s'y prennent, parce que, comme je le disais tout à l'heure, ils ne sont pas convaincus comme moi, qu'il faille nécessairement un chancre primitif pour produire la vérole constitutionnelle; parce que, d'autre part, ils ignorent qu'un traitement mercuriel, même de plus de six semaines pour l'accident primitif, ne met pas nécessairement à l'abri de l'infection constitutionnelle; il faudra pourtant décidément un jour s'entendre sur cette matière.

Ainsi donc, dans la période d'invasion de la maladie avant que les phénomènes inflammatoires se soient développés, faire tout pour tarir l'écoulement, et pour y arriver, avoir recours au traitement que nous proposerons tout à l'heure pour la blennorrhée.

Il est une circonstance dans laquelle il ne faut rien faire contre l'écoulement; je veux parler de la période inflammatoire, caractérisée par des douleurs plus ou moins vives dans l'émission de l'urine, par un écoulement plus épais tirant sur le vert. On conçoit du reste qu'il y a des degrés dans l'intensité de l'inflammation; c'est ainsi que, lorsqu'elle se propage au col de la vessie, on observe du tenesme vésical, quelquefois de l'hématurie. Les érections peuvent devenir très-douloureuses, et, dans ce cas, l'inflammation a gagné le tissu cellulaire sous-muqueux,

qui, devenant moins élastique, ne se prête plus à la turgescence sanguine que subit le tissu spongieux de l'urètre dans les érections. Cette inflammation du tissu cellulaire peut aller jusqu'à raccourcir l'urètre à ce point de produire ce qu'on appelle la blennorrhagie cordée. D'autres fois l'inflammation devient phlegmoneuse, et il se forme de petits abcès qui tantôt s'ouvrent dans l'urètre, tantôt s'ouvrent à la fois à l'extérieur et dans l'urètre, et dans d'autres cas seulement, à l'extérieur. On en comprend du reste les conséquences. On a vu des lymphites se développer et amener l'engorgement œdémenteux de toute la peau de la verge; les ganglions inguinaux se prennent également quelquefois.

Avec de semblables accidents inflammatoires, on n'obtiendrait rien par les antiblennorrhagiques; dès lors, levez les digues, élargissez les bords, faites passer le torrent qui vous déborde, laissez couler; et pour cela, prescrivez le repos, la diète, les purgatifs légers, des cataplasmes, des boissons délayantes, des lavements émollients, des sangsues au périnée ou dans les régions inguinales, suivant l'indication; des saignées même dégorgeront les tissus et feront disparaître toute cette série de symptômes inflammatoires.

Inutile de dire qu'il faut proportionner les moyens à l'intensité du mal et à la résistance du sujet.

On pourra du reste utilement combattre les érections douloureuses et fréquentes par les pilules camphrées dont voici la formule :

Prenez : Camphre. . . . . 1 gramme.
Extrait thébaïque. . . . . 30 centigrammes.

Pour vingt pilules. En prendre une, deux et même trois, le soir et dans le courant de la nuit.

Les érections fréquentes et mêmes douloureuses, lorsqu'elles ne le sont pas à un haut degré, et qu'elles ne sont point accompagnées de douleurs vives dans l'émission de l'urine, ne constituent pas une contre-indication formelle à l'emploi des antiblennorrhagiques; mais la douleur vive dans l'émission de l'urine, avec et même sans ténesme vésical, contre-indique positivement, surtout les injections irritantes.

En tout état de cause, soit que la période inflammatoire ait disparu, soit qu'elle ne soit pas assez vive pour contre-indiquer l'emploi des préparations balsamiques, il faut, aussitôt qu'on y a recours, mettre de côté tous les antiphlogistiques.

Ainsi, on doit se conduire de la manière suivante dans le traitement de la troisième période, dans laquelle l'écoulement se fait sans douleur. Et ce traitement, comme je l'ai dit plus haut, doit être employé au début de la maladie s'il n'y a pas de douleurs, que l'écoulement soit peu de chose ou très-abondant, peu importe. Il doit être employé à

n'importe quel âge de la maladie, pourvu qu'il n'y ait pas de douleurs, ou bien enfin quand les douleurs ont disparu, mais toujours avec les règles générales que je vais poser.

Voulez-vous commencer la médication antiblennorrgagique ? interdisez l'usage des bains, prescrivez une continence parfaite, défendez l'usage des asperges, du café, des liqueurs, etc., etc.; demandez un repos modéré, car toute fatigue corporelle, telle que la marche prolongée, nuirait à la médication.

J'insiste surtout sur la défense des bains, car les bains donnés pendant l'usage du cubèbe, du copahu et des injections, détruisent l'action de ces médicaments; donnés après la suppression de l'écoulement, ils le font souvent revenir. Il sera utile de faire porter au malade un suspensoir.

N'attendez pas que j'expose ici tout l'arsenal immense des médicaments de toute sorte, combinés de mille manières, au moyen desquels on obtient la modification des surfaces urétrales malades. Tout le monde les connaît.

La seule chose qu'il importe de dire, c'est que, quelle que soit la préparation de cubèbe ou de copahu qu'on se décide à administrer, il faut d'abord ne point dépasser l'action thérapeutique du médicament, c'est-à-dire ne pas le donner à dose purgative, car alors il agirait presque uniquement comme dérivatif; et l'expérience nous a appris qu'une suppression d'écoulement obtenue par l'action purgative d'un médicament quelconque, n'était pas aussi sûre et aussi durable que celle qu'on obtient par la modification qu'apporte aux surfaces malades l'urine imprégnée du principe médicamenteux; et si on donnait le médicament à dose purgative, l'absorption serait moindre, le principe spécifique arrivant en moins grande proportion par la sécrétion urinaire dans la vessie aurait une action d'autant moindre.

On peut combattre l'effet purgatif du cubèbe ou du copahu par l'administration de l'opium, soit en pilules, soit en lavements.

Ce n'est pas tout encore : il faut, après la cessation de l'écoulement, continuer quelques jours l'usage des préparations balsamiques, sous l'influence desquelles on aura obtenu la suppression de l'écoulement.

Si je n'ai pas voulu énumérer ici toutes les préparations de cubèbe ou de copahu, dont le choix est à peu près indifférent, pourvu qu'elles soient supportées par le malade, je ne dois pas non plus, en parlant des injections, donner ici toutes les formules en usage.

Mais voici, en peu de mots, comment on doit faire les injections : d'abord, elles doivent se pratiquer avec une seringue de verre afin de

prévenir les décompositions; elles doivent être pratiquées à fond sans crainte qu'elles arrivent jusque dans la vessie.

En même temps que je donne les antiblennorrhagiques, j'ai l'habitude de prescrire des injections d'après la formule suivante :

Prenez :	Eau distillée.	250 grammes.
	Nitrate d'argent cristallisé. .	10 centigrammes.

Le malade en fait quatre ou six par jour pendant deux jours seulement, après lesquels on les suspend pour attendre que l'inflammation substitutive du nitrate d'argent ait elle-même disparu. On continue toujours l'usage du cubèbe ou de copahu; au bout de quelques jours, si l'écoulement persiste, on fait faire une nouvelle série d'injections avec le même liquide ou avec tout autre, le sulfate de zinc, par exemple.

Pendant la durée des injections, la matière de l'écoulement devient quelquefois légèrement sanguinolente; c'est une condition heureuse pour la guérison. Si les injections venaient à déterminer des accidents inflammatoires, il faudrait y renoncer et revenir aux antiphlogistiques suivant l'indication.

Dans le cas où il ne restait plus qu'un très-léger suintement, je me suis bien trouvé des injections suivantes faites deux ou trois fois par jour, également pendant deux jours, sauf à y revenir :

Prenez :	Eau distillée.	250 grammes.
	Proto-iodure de fer.. . . .	10 centigrammes.

Lorsque malgré tout, l'écoulement, quoique peu abondant, persiste, j'ai employé avec succès la cautérisation directe du canal avec le porte-caustique de Lallemand. Dans ce cas, la persistance de l'écoulement tenant à une altération plus profonde des follicules muqueux, il faut également produire une modification de tissus plus profonde. Pour faire cette cautérisation, on introduit d'abord l'instrument, on fait sortir sa cuvette chargée de nitrate d'argent pour relever sans retard l'instrument en le faisant tourner sur lui-même de manière à décrire une spirale. Je ne veux rien dire ici des rétrécissements, comme cause de la persistance des écoulements; qu'il me suffise de dire qu'une longue expérience m'a appris que les rétrécissements ne reconnaissent point pour cause les injections, mais qu'ils sont ordinairement en raison directe de la fréquence et de la durée des blennorrhagies.

Telles sont les règles générales qu'il est permis d'établir dans le traitement d'une maladie dont la persistance tient souvent, tout autant aux moyens mal combinés qu'on lui oppose qu'à la ténacité du mal, ou à l'insuffisance des agents thérapeutiques.

Ricord.

DE QUELQUES PRINCIPES DE THÉRAPEUTIQUE OPÉRATOIRE, ET EN PARTICULIER DE L'EXTIRPATION D'UNE TUMEUR VOLUMINEUSE ET DÉGÉNÉRÉE, IMPLANTÉE SUR LA CLAVICULE, ET DATANT DE TRENTE-CINQ ANS.

Par M. PÉTREQUIN, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

On sait que l'ablation des tumeurs d'un grand volume, quelle que soit d'ailleurs leur nature, présente, en médecine opératoire, des obstacles de plus d'un genre; et en effet ce ne peut être impunément qu'on retranche de l'économie ces masses de tissus, entées sur le solide vivant, dont elles partagent l'existence, en tant qu'elles participent aux principaux phénomènes de la vie organique. Si à cela on ajoute les causes de gravité qui se tirent de l'ancienneté de leur origine, des conditions de leur siége et de la spécialité de leur nature, les difficultés croissent et se multiplient : toute tumeur d'une date reculée a, pour ainsi dire, acquis droit de domicile; la nature s'est en quelque sorte habituée à la présence de ces végétations parasites, et l'extirpation ne saurait s'en faire sans une perturbation de l'organisme. Le trouble, en thèse générale, sera encore plus intense, dans tous les cas où l'implantation aura lieu près du tronc, et à proximité du centre circulatoire; enfin le péril augmente, si les phases de leur évolution morbide ont amené, dans leur organisation intime, quelque dégénérescence maligne.

Que peut l'art en pareille occurrence? Je vais essayer de répondre à cette question complexe de thérapeutique opératoire, dans l'observation suivante, où toutes ces conditions défavorables se trouvaient réunies : volume de la tumeur, ancienneté, dégénérescence carcinomateuse, voisinage du cœur, dans une région où les opérateurs ont particulièrement signalé les dangers de l'introduction de l'air dans les veines.

Le sujet est une femme de cinquante-sept ans, mère de huit enfants, douée d'un tempérament bilioso-sanguin et d'une bonne constitution.

En 1805, à l'âge de vingt-deux ans, elle s'aperçut, pour la première fois, de l'existence d'une petite tumeur sur l'épaule droite, au niveau du tiers externe de la clavicule; tumeur indolente, molle, et n'ayant jusque-là révélé sa présence par aucune incommodité. Ce ne fut qu'à la longue qu'elle prit de l'accroissement; à la fin, elle acquit un développement énorme, et finit par gêner beaucoup, tant par son poids que par son volume; elle égalait à peu près en dimension la tête d'un enfant de deux à trois ans. La malade me fit parler de son état en 1838, époque où j'opérai son frère de la cataracte avec le plus heu-

reux succès[1]; je ne trouvai pas d'indication assez urgente pour l'opération, et je crus devoir l'ajourner.

Peu à peu cependant madame Fabri en vint à ne pouvoir plus que très-difficilement vaquer à ses affaires : les mouvements du bras et de l'épaule du côté droit étaient embarrassés, et l'exercice occasionnait de la gêne et une sorte d'engourdissement dans la région deltoïdienne.

En 1839, cette gêne se convertit en véritable douleur, revenant à des époques irrégulières, avec un caractère d'acuité parfois très-intense : la tumeur était alors à sa trente-cinquième année d'existence.

Dans les premiers mois de 1840, elle s'ulcéra, et les souffrances allèrent dès lors en augmentant. Mais, intimidée par les pronostics fâcheux qu'elle avait recueillis de diverses consultations, la malade n'osait plus invoquer les secours de la chirurgie : elle se borna à l'emploi de quelques palliatifs qui restèrent sans résultat. Son état ne fit qu'empirer, et, vaincue par la douleur, elle vint me consulter à la fin d'avril 1840.

La tumeur, du volume de la tête d'un enfant de deux à trois ans, est fortement proéminente; elle est sessile, et sa large base, d'un diamètre d'environ six pouces (seize centimètres), repose sur la clavicule droite qu'elle recouvre : on peut dire qu'elle forme à la malade comme une *seconde tête* implantée sur l'épaule. Son poids la fait incliner en avant, ce qui augmente la gêne qu'elle occasionne; au sommet, s'offre une ulcération de la largeur environ d'un écu de 5 francs, ulcération d'apparence maligne, qui tend à creuser surtout au centre, et qui est le siége d'une suppuration sanieuse, fétide et abondante; c'est de là que partent les douleurs pour s'irradier dans toute cette région. La peau, libre et mobile partout ailleurs, n'est adhérente qu'au pourtour de l'ulcère; la compression e t douloureuse plus spécialement dans ces points. Bien que dense, la tumeur offre une rénitence analogue à la sensation que ferait éprouver une masse de graisse; elle jouit d'une certaine mobilité, par suite d'un déplacement en totalité, mais incomplet; car sa base, sans paraître envoyer du reste aucuns prolongements sous elle, est fortement adhérente au plancher fibreux sur lequel elle repose.

L'état général est altéré; le moral surtout peut donner des inquiétudes; madame Fabri est tristement préoccupée de l'idée (qu'on lui a suggérée) qu'à son âge, avec une tumeur aussi ancienne et aussi volumineuse, il n'y a pas de chances de guérison.

Je pensai, d'après l'examen précité, avoir affaire à une loupe grais-

[1] Voyez *Gazette Médicale*, 28 juillet 1838.

seuse (lipôme de Littre [1]), incomplétement enkystée dans des enveloppes fibro-celluleuses ; il était évident pour moi que, abandonnée à elle-même, elle aurait une terminaison funeste ; l'ulcération, de mauvaise nature, faisait craindre une dégénérescence prochaine. Le pronostic devait être grave : « Les loupes graisseuses, dit M. Blandin, sont plus à craindre que les autres, parce qu'elles ont plus de tendance à dégénérer. » (Dict. en 15 vol. 1834. XI-168.) Chopart l'avait déjà établi dans un mémoire couronné en 1767 par l'Académie de chirurgie. (Prix de l'Acad. 1819. IV-242.)

L'indication était donc urgente ; il n'y avait de ressource que dans l'opération. Je ne me dissimulais point du reste que l'âge et la démoralisation de la malade, le volume et l'ancienneté de la tumeur, son siége près du centre circulatoire, et la désorganisation commencée dans sa constitution anatomique, élevaient des chances défavorables. Mais il n'y avait pas à temporiser, et il n'y avait plus de choix que dans le mode opératoire.

Girard, dans sa *Lupiologie, ou traité des tumeurs connues sous le nom de loupes* (Paris, 1775, p. 175), désapprouve l'usage de l'instrument tranchant, toutes les fois qu'il s'agit de loupes volumineuses, dans quelque endroit qu'elles se trouvent placées, parce que, 1° il est difficile de les détruire complétement ; 2° que la cicatrice est longue et difforme ; 3° que les vaisseaux, devenus variqueux, font craindre une hémorragie.

Or, la première objection me semble une pure hypothèse ; la deuxième est erronée ; car la cicatrice qui suit l'emploi du couteau est plus rapide et surtout plus régulière que celle qui succède à la cautérisation ; et enfin, quant à l'hémorragie, je ferai remarquer que les vaisseaux variqueux appartiennent à la peau autant qu'à la tumeur, et se trouvent par là même emportés en grande partie dans l'opération ; la ligature fait justice du reste.

Notons d'ailleurs que Girard écrivait à une époque où les programmes des prix de l'Académie de chirurgie avaient spécialement fixé l'attention sur les caustiques et fait exagérer leurs avantages.

Il y avait à craindre (et cette imminence était prochaine) que le lipôme dont il s'agit ne devînt un centre de fluxion morbide, grave en raison directe de son volume ; et, en présence de l'ulcération carcinomateuse de son sommet et de la dégénérescence déjà commencée de son

[1] La dénomination de lipôme introduite en 1709 par Littre, dans les Mémoires de l'Académie des Sciences, désigne une espèce de loupe déjà connue, selon Morgagni, par Saltzmann et Valsalva, et décrite en 1666 par Elsholz.

tissu, il n'y avait pas, ce me semble, à hésiter entre l'action prompte, commode et sûre du bistouri, et l'action lente, longuement douloureuse, souvent infidèle, et parfois dangereuse des caustiques dans des circonstances pareilles. Amb. Paré, J.-L. Petit, Saltzmann (voy. Girard, *ib.*), M.-A. Petit de Lyon, ont successivement donné l'exemple d'une préférence analogue. M. Blandin est très-explicite à cet égard : « Les caustiques et tous les moyens qui produisent la suppuration des loupes, peu utiles lorsque ces tumeurs sont enkystées, sont absolument inefficaces dans les cas de loupes sans kystes, et même ils peuvent hâter la dégénérescence de la tumeur, et devenir ainsi la source d'accidents fâcheux. » (Dict. *ibid.* 1834. XI-169.) M. Marjolin se prononce dans le même sens : « L'extirpation, dit-il, est la seule méthode opératoire qui convienne pour les lipômes et les stéatômes à base large. » (Dict. en 25 vol. 1838. XVIII-201.)

Je m'occupai de préparer la malade à l'opération ; elle fut mise à l'usage des bouillons d'herbes le matin, des boissons délayantes dans la journée, ainsi qu'à un régime diététique approprié ; on pratiqua des lotions narcotiques sur la tumeur pour détruire l'éréthisme nerveux ; deux laxatifs furent successivement administrés pour débarrasser les premières voies, et quelques demi-lavements émollients pour combattre les fâcheux effets d'une constipation habituelle. Enfin, pour dériver la fluxion morbide et établir une suppuration supplémentaire, je plaçai un cautère au bras droit. Le mois de mai fut consacré à ces soins préliminaires, et le 4 juin, la jugeant convenablement préparée, je procédai à l'opération, assisté de MM. les docteurs Diday et Périssel.

Je remarquai que la peau avait été longuement tendue, et qu'elle reviendrait fortement sur elle-même ; j'en induisis que, pour recouvrir la plaie, il fallait tailler deux lambeaux plus larges qu'il ne semblait nécessaire en apparence ; je les disséquai avec soin d'après ces vues, leur laissant adhérer la plus épaisse couche possible de tissu cellulaire, pour favoriser la cicatrisation.

Ce premier temps rapidement exécuté, je me gardai bien de suivre le conseil de Girard, qui veut « remettre au lendemain la fin de l'opération, parce qu'il est d'expérience que le sang qui se glisse dans le tissu cellulaire nuit à son succès. » (*Lupiologie*, p. 194.) Je poursuivis de suite ; j'attaquai la tumeur par sa base, la détachant à larges coups de bistouri du plancher fibreux sur lequel elle reposait ; son siége fut nettoyé avec soin. Ce ne fut pas sans des précautions spéciales que j'exécutai ce deuxième temps ; car nous étions dans la région sus-claviculaire, et l'on sait de quel grave danger menace le voisinage des vaisseaux de cette partie du cou ; je veux parler surtout de l'entrée de

l'air dans les veines, et de ses redoutables effets. J'aurai toujours présents les longs débats dont, en 1837, j'ai entendu à ce propos retentir l'Académie royale de médecine. Je n'ouvris que deux artères de moyen calibre, qui furent liées; le reste ne valait pas la ligature; les veines variqueuses s'affaissèrent après s'être vidées, et ne donnèrent pas lieu à cette hémorragie tant redoutée par Girard. (Op. cit. p. 176.) La perte sanguine fut très-minime, et, somme toute, ne peut pas être évaluée à un demi-verre. Une portion de peau resta sur la tumeur, circonscrite qu'elle était par les deux incisions semi-elliptiques. La plaie fut détergée, et je jugeai à propos d'en réunir les bords par trois points du suture, soutenus par des bandelettes agglutinatives, et une compression méthodique.

L'opération n'avait duré que quelques minutes; la malade la supporta avec courage.

Le lipôme, enveloppé d'une membrane mince, et cloisonné par des interstices celluleux, présentait parfaitement les caractères que l'auteur de la *Lupiologie* assigne à ces tumeurs (Girard, p. 14), il pesait près de 900 grammes, poids énorme pour une loupe graisseuse dont la pesanteur spécifique et relative est, comme sait, si minime; la dégénérescence carcinomateuse avait pénétré à la profondeur d'environ 8 lignes (2 centimètres).

Prescription : diète absolue, tisane de violette et tilleul, potion calmante avec 32 grammes de sirop diacode, et pour la nuit une pilule d'extrait d'opium (2 centigr.); lavem. émollient.

Le lendemain, 5 juin; la nuit a été bonne; état général satisfaisant. 2 pilules d'opium, le reste idem.

La fièvre traumatique est très-bénigne; les douleurs de l'opération se dissipent; les nuits sont satisfaisantes.

8 juin, cinquième jour; tout allant bien, je permets un potage léger de fécule de pomme de terre, qui est parfaitement supporté.

9, premier pansement le sixième jour; la plaie est rose et belle, la suppuration de bonne nature et peu abondante; la fièvre très-modérée; la cicatrisation commence; 2 potages; je continue les pilules d'opium.

11, huitième jour; l'opérée se lève un instant, s'assied dans un fauteuil, et prend un lavement émollient miellé qui la fait largement aller du ventre; elle urine abondamment; un soulagement prononcé se manifeste; la nuit est excellente, le sommeil plein et tranquille; une seule pilule d'opium.

La fièvre traumatique a pour ainsi dire avorté; j'augmente progressivement le régime alimentaire, et à partir du 14 (onzième jour), la

malade se lève tous les jours plusieurs fois; elle se trouve de mieux en mieux; la suppuration à chaque pansement (qui se renouvelle tous les quatre jours) prend un caractère de plus en plus rassurant : elle diminue en quantité, en même temps que s'affaisse la turgescence inflammatoire des lèvres de la plaie; la cicatrice se forme en plusieurs points; et laisse espérer une terminaison heureuse et prochaine, bien qu'on ne puisse compter sur la réunion par première intention. Les points de suture sont successivement enlevés mais un peu tard, du douzième au vingtième jour; je tenais à maintenir exactement en contact les deux lambeaux pour favoriser leur affrontement intime, d'autant mieux que dans cette région viennent retentir la plupart des mouvements du bras, de la tête et du tronc.

Une difficulté nouvelle avait surgi; l'appétit revenait, mais les forces digestives restaient languissantes; l'estomac digérait mal, et chaque fois que l'opérée mangeait, quelque peu qu'elle prît de nourriture, il y avait imminence d'indigestion, pesanteur et malaise épigastriques; le tube intestinal était paresseux; et la constipation, à laquelle madame Fabri était naturellement sujette, devenait plus opiniâtre, et nécessitait l'usage de laxatifs.

Je prescrivis avant et après le repas une pilule digestive avec le bicarbonate de soude, et quelques cuillerées de vin de Bordeaux coupé avec de l'eau gazeuse acidulée. Ces moyens me réussirent; leur action fut secondée par l'emploi de demi-lavements émollients et huileux.

Le 22 juin, dix-neuvième jour, je fis prendre une purgation avec l'eau de Sedlitz qui produisit un très bon effet, débarrassa les premières voies, augmenta l'appétit, et ranima momentanément les facultés digestives.

Une seconde médecine fut administrée avec avantage cinq jours après; et à partir de cette époque, grâce aux pastilles de Vichy et du vin de Bordeaux sec ou trempé d'eau gazeuse, l'estomac fonctionna de mieux en mieux.

Le 2 juillet, vingt-neuvième jour, la cicatrice est prise partout dans le fond, seulement elle est encore en plusieurs points rouge et molle, et laisse exhaler çà et là de sa surface un peu de pus épais et bien lié. Ainsi l'on peut dire que quatre semaines ont suffi pour la guérison.

Le pansement, qui dans le principe se faisait avec de la charpie sèche par-dessus les bandelettes agglutinatives, s'exécuta plus tard avec des bourdonnets imbibés de vin sucré.

La période critique était passée; le cautère placé au bras droit, suppurait abondamment, et me parut avoir beaucoup contribué à cet heureux résultat, en dérivant la fluxion morbide. Le bras était encore

maintenu dans une écharpe afin d'empêcher que les mouvements ne vinssent tirailler et congestionner la cicatrice.

Le 8 juillet, vingt-cinquième jour, la malade commença à sortir et à faire des promenades dans la ville ; la convalescence était aussi complète qu'on pouvait le désirer ; madame Fabri était à peu près revenue à son état normal. Je l'envoyai à la campagne pour parachever la cure.

L'état général demandait seul des soins particuliers ; l'influence de l'exercice et du grand air ne se fit pas longtemps attendre ; les forces et l'embonpoint reparurent ; la paresse de l'estomac et du canal digestif se dissipa ; la physionomie recouvra un aspect de santé ; le bras recommença à fonctionner ; en un mot, la guérison finit de se consolider.

Le 14 décembre 1840, j'ai présenté cette malade à la *Société de Médecine de Lyon*, dont tous les membres ont pu constater avec moi ce qui suit : La cicatrice est ferme et indolore. La rétraction du tissu inodulaire a diminué, dans tous les sens, les diamètres de la plaie primitive, qui se trouve considérablement réduite ; le centre de la cicatrice adhère à la clavicule ; le dégorgement est complet ; la région claviculaire est revenue à sa forme normale ; l'épaule est dégagée ; les mouvements du bras sont libres ; l'opérée jouit d'une bonne santé. La guérison ne s'est pas démentie et paraît devoir se maintenir sans récidive.

En somme, le résultat est aussi beau qu'on pouvait l'espérer. Madame Fabri a depuis longtemps repris ses occupations accoutumées ; les fonctions du membre thoracique s'exécutent si bien, qu'il ne lui semble pas qu'il ait jamais été malade.

Or, dans cette opération qui, d'après l'expérience habituelle, pouvait être très-dangereuse à cause de la nature même du mal, à quoi devons-nous attribuer l'absence d'accidents graves ? A coup sûr, le volume et la dégénérescence de la tumeur n'annonçaient pas cette terminaison heureuse. Les préparations préalables que j'ai fait subir à madame Fabri doivent certainement entrer en ligne de compte ; mais *préparer* le malade n'est que la moitié de la tâche du chirurgien ; il lui reste à conduire et diriger l'opération dans sa marche ultérieure. La prophylaxie est ici la médecine la plus puissante.

A cet effet, je noterai d'abord l'influence de la réunion immédiate, qui a l'avantage de mettre à l'abri de l'air et des causes irritantes la plaie et les veinules ouvertes, d'éviter ou de rendre plus rares la suppuration, la phlébite et les accidents traumatiques, aussi bien que de favoriser la simplicité et la rareté des pansements ; toutes circonstances majeures pour une solution de continuité aussi étendue que celle

qu'avait nécessitée l'ablation de cet énorme lipôme. La suture a été aussi un moyen auxiliaire très-efficace ; ce qui se passe dans le bec-de-lièvre et les autoplasties prouve en faveur de son application *opportune*. Une autre précaution fut de laisser adhérer aux lambeaux la plus épaisse couche possible de tissus sous-cutanés, afin de faciliter leur réunion en leur conservant ainsi leurs connexions vasculaires et les conditions les plus favorables de vitalité.

Il me restait à surveiller la fièvre traumatique ; et, dans ce but, je m'attachai à profiter de cette remarque judicieuse de Sarcone, que *la douleur est mère de l'inflammation*. Déjà en 1837, dans mon parallèle des *doctrines des écoles de France et d'Italie sur la réunion des plaies* (Voy. *Gaz. Méd.* 1837, n° 48 ; et *Bullet. Thérap.*, déc. 1837, t. XIII, p. 333.) j'avais indiqué le parti avantageux qu'on peut retirer, en médecine opératoire, de l'administration des narcotiques ; depuis lors j'ai multiplié les expériences, et la chirurgie me paraît, comme à M. Malgaigne, devoir obtenir un grand bénéfice de cette méthode. J'ai, pour mon compte, reconnu nombre de fois combien cette pratique est efficace pour faire avorter à leur origine les troubles nerveux et les accidents traumatiques. J'ai lieu de croire que c'est une voie féconde. J'ai cherché en cela à faire pour la chirurgie, sur les opérations et le traumatisme, ce que M. Brachet a fait pour la médecine dans les phlegmasies des diverses membranes (*De l'emploi de l'opium*, 1828.). Avec l'opium on émousse la douleur, on modère la fièvre ; on se rend en quelque sorte maître de la maladie, avec la précaution de surveiller le mouvement pléthorique.

C'est dans l'alliance de la médecine à la chirurgie qu'il faut chercher le secret des réussites ; la mise en pratique de ces principes thérapeutiques a été pour moi la source et la cause de la plupart des succès que j'ai obtenus dans mes opérations. Je n'en citerai qu'un exemple, que je choisis analogue au précédent, pour me renfermer dans le même sujet.

Philibert Lelièvre, âgé de quarante-cinq ans, ancien militaire, entre à l'hôpital le 2 mars 1840, pour une fracture du péroné, que je traitai par un appareil particulier. Il était, en même temps, affecté d'une double surdité, que je guéris ensuite par la *méthode nouvelle*, dont j'ai développé la théorie dans la *Gazette Médicale*. (7 et 14 déc. 1839 ; voyez aussi *Bullet. de Thérap.*, déc. 1839.)

Cet homme portait depuis cinq ans, à la région cervicale postérieure, une tumeur développée lentement, et parvenue à la longue au volume du poing, tumeur sessile, aplatie par la résistance des aponévroses, sans changement de couleur à la peau, irrégulièrement arrondie, et

offrant un diamètre de plus de trois pouces (0,081^{m}.), sur deux et demi (0,067^{m}.). Je ne lui trouve pas la résistance des tumeurs enkystées; elle est molle, mais ne présente aucun signe de fluctuation ; elle ne me paraît pas avoir d'adhérences avec les parties ambiantes; elle ne gêne que par son volume, qui nuit à la liberté des mouvements de la tête et du cou. Je crus pouvoir diagnostiquer une loupe graisseuse non enkystée.

Une fois guéri de sa fracture de jambe et de sa surdité, le malade demanda à être débarrassé du lipôme dont il s'agit. Après les préparations convenables, je l'opérai le 6 juillet, en présence des élèves. Je fis une incision verticale de quatre pouces (0,108^{m}.), et j'énucléai la tumeur, qui était effectivement une loupe non enkystée ; j'eus soin de laisser adhérer à la peau la plus épaisse couche possible de tissus sous-cutanés. L'écoulement de sang fut très-minime ; le lipôme reposait sur un plancher fibreux. La mobilité de cette région, et la difficulté qui en résultait de maintenir les bords de la plaie exactement affrontés m'engagèrent, comme dans le cas précédent, à pratiquer la suture. Je plaçai quatre épingles, et je réunis les lèvres avec un fil entortillé en 8 de chiffre ; je protége encore la réunion avec des bandelettes agglutinatives. Je m'occupe alors de prévenir la fièvre traumatique; diète, repos au lit; potion calmante avec 30 grammes sirop diacode, une pilule de cynoglosse.

Les deux premiers jours se passent très-bien ; le troisième, il survient un mouvement fébrile très-prononcé, avec céphalalgie, rougeur de la face; pouls plein et dur, peau chaude et malaise général. Je prescris une petite saignée de dix onces (310 grammes). Tous ces symptômes alarmants se dissipent comme par enchantement. — Le quatrième jour, il se trouve si bien qu'il se lève et se promène. Je lui accorde deux potages. — Le cinquième jour, quatre soupes.

Le 12, septième jour, premier pansement. Peu de suppuration ; la plaie paraît réunie dans ses trois quarts supérieurs. — Le 15, deuxième pansement. La cicatrice marche bien. J'enlève successivement les épingles. J'augmente progressivement le régime de l'opéré; la guérison est complète le quinzième jour, et il serait sorti à cette époque, s'il n'eût commencé à être atteint de la dyssenterie qui régnait épidémiquement à l'hôpital. Je le traitai par les opiacés (du 22 au 30 juillet). — Le 3 août, il sortit parfaitement guéri de sa fracture, de sa surdité et de sa loupe.

Ce fait n'a pas besoin de commentaires.

En somme, ces deux observations, auxquelles je pourrais en joindre beaucoup d'autres, démontrent l'influence d'un traitement préparatoire,

les avantages de la réunion immédiate, et des pansements rares, ainsi que l'efficacité de l'emploi opportun des narcotiques en médecine opératoire.

PETREQUIN.

DE LA GUÉRISON DU STRABISME,

Par le docteur Ch. PHILLIPS (de Liége).

Il y a à peine une année que le strabisme était encore une maladie incurable. On avait en vain employé des médications diverses, et toujours le mal avait résisté aux efforts des médecins. L'électricité, l'acupuncture, des appareils de miroirs, des verres, des lunettes, avaient été employés sans résultats, lorsque la chirurgie vint résoudre ce problème difficile.

En 1838, Stromeyer publia un travail remarquable sur les difformités produites par la contraction musculaire. Dans cet ouvrage il a posé le premier jalon de ce traitement nouveau, en conseillant la division du muscle qui fait dévier le globe de l'œil. A cette époque ce chirurgien n'avait pas encore exécuté cette opération sur le vivant. Cette idée fut fécondée par le génie de Dieffenbach, qui créa un procédé d'une exécution facile, et dont les résultats sont sans contredit les plus immédiats et les plus brillants que l'on puisse obtenir en chirurgie.

Cette découverte a produit une grande sensation dans le monde médical. De nombreux changements ont déjà été apportés à l'idée première; chaque chirurgien a voulu avoir son procédé, ses instruments, et il n'y a pas d'opération, si ce n'est la lithotritie, qui ait déjà produit autant de vieille ferraille. Les instruments simples ont paru être trop simples, on a courbé et recourbé des petits couteaux, on a rendu mousses des crochets pointus, on a fait des pointes à des crochets mousses, et, grâce à toutes ces ingénieuses modifications, chacun a pu satisfaire sa vanité, en disant : mon procédé, mon bistouri, mon ténotome, etc.

Si ces créations nouvelles eussent produit des résultats heureux, on eût excusé ces petites prétentions en faveur de leur utilité. Mais tous ces changements, toutes ces modifications avaient compromis l'avenir de la myotomie de l'œil ; et les chirurgiens, découragés par les revers qui avaient suivi les essais tentés de Paris par un très-petit nombre de leurs confrères, avaient renoncé à cette opération.

Quelques-uns même ont nié la véracité des faits publiés par Dieffenbach et par moi ; et il n'est pas sans intérêt d'examiner sur quels fondements reposent leurs dénégations.

D'abord c'est M. Roux, qui à l'Institut et à l'Académie, a parlé contre cette opération. Sur quel élément a-t-il établi sa conviction? Sur ce que le traitement d'un strabisme divergent chez un de ses amis intimes a duré trente ans et ne l'a pas guéri; sur ce que dans deux opérations qu'il a faites, il a eu des accidents formidables, et des résultats fort peu satisfaisants.

Puis M. Sédillot, qui a imprimé dans la Gazette des hôpitaux une longue leçon contenant des réflexions sceptiques sur les faits que j'ai avancés; et M. Sédillot avait fait alors une seule opération, dont le résultat n'était qu'un demi-succès, comme il le dit lui-même.

Enfin, M. Robert, qui, dans une leçon faite à l'École de Médecine pendant le concours de médecine opératoire, a dit qu'il ne croyait pas aux faits venus de l'étranger, puisqu'à Paris on n'avait pas eu les mêmes succès; et il a cité comme preuve à l'appui de son dire la pratique de M. Velpeau, qui a simplifié et perfectionné, selon M. Robert, la méthode de Dieffenbach; et dans un moment d'entraînement, il s'est écrié, en parlant de Dieffenbach : « Ce n'est pas ainsi que l'on fait de la science! » Cette phrase n'a point de portée aujourd'hui, où tant de faits ont été mis au grand jour pour les chirurgiens de Paris. Quant au perfectionnement attribué à M. Velpeau, c'est une galanterie de M. Robert pour son juge; car, pour établir une comparaison, il faut connaître les deux objets que l'on veut comparer, et M. Robert ne connaissait lors de la leçon que la méthode de M. Velpeau, par la raison que celle de Dieffenbach était encore inédite.

Du reste, M. le professeur Velpeau a été loyal, il a dit à l'Académie que sur sept opérés un seul avait guéri, et que sur les autres l'opération avait moins bien réussi.

A quoi faut-il donc attribuer ces insuccès? Nous n'hésitons pas à le dire, c'est à la méthode que l'on a employée

Nous allons donc entrer dans quelques détails pratiques sur cette opération, dont nous abandonnons volontiers pour le moment l'historique; car tant de petites passions sont déjà aux prises, tant de personnalités ont déjà pris la place de la question scientifique, qu'à toucher à ce sujet, il faudrait s'y étendre beaucoup trop longuement.

Méthode opératoire.

Les instruments nécessaires pour pratiquer la myotomie de l'œil, sont les suivants [1] :

[1] Dans la brochure que j'ai publié sur le strabisme, j'ai décrit un plus grand nombre d'instruments, parce que j'ai exposé la méthode de Dieffenbach.

1° Un élévateur de la paupière supérieure;

2° Un abaisseur de la paupière inférieure;

3° Deux petites érignes, fines, pour soulever la conjonctive;

4° Des ciseaux mousses et courbes sur le plat pour ouvrir la conjonctive;

5° Un petit crochet mousse pour saisir le muscle;

6° Une petite éponge placée dans les mors d'une pince, pour étancher le sang.

On fait asseoir le malade sur une chaise, un aide se place derrière afin de relever la paupière et maintenir contre sa poitrine la tête de l'opéré. Un second aide se place devant le malade afin d'abaisser la paupière inférieure; et un troisième aide placé à côté de l'opérateur, lui donne et prend les instruments à mesure qu'il s'en est servi.

L'opérateur se place debout en face du patient : il introduit sous la paupière supérieure, l'élévateur qu'il confie à l'aide placé derrière le malade. Il pose l'abaisseur sur la paupière inférieure, et il le donne à l'aide placé devant le malade. Les paupières sont ainsi largement écartées. Les aides chargés de cet écartement doivent donner toute leur attention à la fonction dont ils sont chargés, car, s'ils abandonnent l'une ou l'autre paupière, ils peuvent compromettre toute l'opération.

Le chirurgien accroche la conjonctive avec ses deux petites érignes, qu'il place entre la caroncule lacrymale et le globe de l'œil : il en confie une à l'aide placé derrière, et il garde l'autre. Il coupe en travers le lambeau de membrane muqueuse qui a été soulevé, et, pénétrant dans l'orbite par cette ouverture, il introduit le crochet mousse pour aller à la recherche du muscle contracté. Cette manœuvre est exécutée avec facilité; il suffit de placer le crochet sur le bord supérieur du muscle, et de tirer un peu en avant pour charger le muscle et le rendre saillant sur le crochet. C'est alors qu'il faut achever la dissection du muscle pour l'isoler entièrement : l'extrémité des ciseaux est portée entre le muscle et le globe de l'œil, afin de détruire toutes les adhérences, et ensuite le muscle est coupé en travers. L'œil fait un mouvement en dehors, et l'opération est achevée, en résequant l'attache tendineuse du muscle qui vient d'être divisé.

Tels sont les temps principaux de cette opération : cependant il est nécessaire de faire une exploration dans l'orbite avant d'abandonner le malade. Voici ce qui rend cette précaution indispensable.

Le muscle droit interne n'est pas toujours attaché à la sclérotique par un seul tendon; quelquefois son extrémité antérieure est divisée en deux ou trois faisceaux, entre lesquels il n'y a que du tissu cellulaire. Cette disposition anatomique a une très-grande influence sur la direc-

tion imprimée à l'œil dans cet état de strabisme, et elle réclame toute l'attention du chirurgien.

Lorsque le muscle est ainsi divisé en plusieurs faisceaux, il n'attire pas le globe de l'œil directement en dedans, mais, selon le degré de contraction d'un de ces faisceaux musculaires, le globe oculaire est attiré soit en dedans et en bas, soit en dedans et en haut. Cette dernière variété peut d'abord tromper le chirurgien, et lui faire croire à une contraction du grand oblique, mais l'examen de la vue fera cesser le doute; car, si la myopie n'existe pas, le trochléaris n'est pas contracté, et c'est le muscle droit interne qui a fait dévier l'œil. Seulement, la division supérieure de ce muscle est, dans ce cas, plus altérée que son autre partie.

Il faut donc, lorsque l'on croit avoir coupé entièrement la masse musculaire, reporter le crochet mousse dans l'orbite, et explorer l'étendue de la plaie qui vient d'être faite : par cette manœuvre, on saisit les fibres les plus déliées qui ont échappé à l'action des ciseaux, et l'on est certain de détruire tous les liens qui retenaient encore l'œil captif.

Après s'être bien assuré que la difformité n'existe plus, on retire les érignes, et l'on fait laver l'œil avec de l'eau froide.

Le traitement consécutif réclame la plus grande atttention de la part du malade et du chirurgien. Il faut toujours avoir en vue le développement inflammatoire, et les ravages qu'il peut produire. Dominé par cette crainte, on ne perdra pas de vue le malade, qui obéira aussi aux ordres qui lui seront donnés.

Je ne puis trop attirer l'attention des praticiens sur cette affaire; car cette opération n'étant, dans la majorité des cas, qu'une question de pure coquetterie, on n'est autorisé à l'entreprendre que lorsque l'on est assuré du succès.

Pendant les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'opération, le malade doit se couvrir l'œil avec des compresses trempées dans l'eau froide, et il doit les renouveler aussitôt qu'il perd la sensation du froid. Ces compresses doivent être simples et seulement posées sur l'œil, et non maintenues avec un bandeau, parce que ce dernier produit une compression qui devient bientôt douloureuse. Après le quatrième jour, c'est-à-dire lorsque la suppuration est établie, les compresses sont trempées dans l'eau de Goulard tiède, et on les emploie pendant un ou deux jours. A cette époque, l'évolution des bourgeons commence à se faire : il faut alors se servir du collyre suivant, dont on laisse tomber quelques gouttes dans l'œil, le matin et le soir.

Prenez : Sulfate de zinc, 10 centigrammes. . . (gr. ij.)
Eau de roses, 90 grammes. . . . . . (℥ iij.)

Laudanum de Syd. gutt. . . . . . . xxiv.

Ce collyre est employé jusqu'à ce que l'on coupe les bourgeons, dont nous parlerons bientôt.

Les deux ou trois premiers jours après l'opération, le malade doit prendre deux ou trois bains de pied. Si quelques douleurs de tête surviennent, il faut faire sur la tête des applications de serviettes trempées dans l'eau glacée, pendant que le malade a les pieds dans l'eau chaude.

Quelques heures après l'opération, le malade doit prendre un purgatif léger, ou quelques lavements d'eau de graine de lin.

Malgré ces soins, l'inflammation débute quelquefois avec violence; alors les tissus de l'orbite se tuméfient, ils deviennent rouges et tendus, l'œil fait une saillie entre les paupières qu'il écarte, et les douleurs de tête dans l'orbite deviennent très aiguës. Dans ces cas malheureux, un moment d'hésitation peut compromettre le succès de l'opération, c'est-à-dire que le strabisme peut être produit dans une autre direction par la contraction des muscles enflammés ; mais je m'empresse de dire qu'il n'y a pas de danger pour l'œil. On comprend qu'il faut aussitôt faire une ou plusieurs grandes saignées du bras, appliquer des sangsues en très grand nombre (trente ou quarante) au-dessous de la paupière inférieure, et continuer les applications froides sur l'orbite et sur la tête, ainsi que les bains de pieds très-chauds. L'inflammation ne tarde pas à s'éteindre; mais il reste dans les paupières une ecchymose noire ressemblant à un épanchement produit par une violente contusion sur l'orbite. Pour activer la résorption de ce sang épanché, il faut recouvrir les paupières avec des compresses d'eau de Goulard froide. Ordinairement cet épanchement disparaît après quatre ou cinq jours d'usage de ces compresses.

Vers le sixième ou le huitième jour après l'opération commence le développement des bourgeons: on voit d'abord un boursouflement de la membrane muqueuse, d'un aspect rougeâtre. Quelques points deviennent plus saillants, ils ont la forme et l'aspect des petites bulles d'air qui viennent crever à la surface d'un liquide. Insensiblement ils deviennent rouges, et ils ne tardent pas à être gorgés de sang; si on les enlève à cette époque, on produit une hémorragie abondante, et de nouveaux bourgeons semblables aux premiers naissent et croissent sur le fond de la petite plaie.

Il est donc nécessaire d'attendre pour les enlever qu'ils aient parcouru les périodes suivantes :

Les petites bulles rouges dont nous venons de parler se rapprochent en grossissant, les sillons qui les séparent deviennent moins profonds, et cette petite masse granuleuse acquiert bientôt l'aspect du fruit du

mûrier avant son entière maturité. Les sillons s'effacent enfin, et l'on n'a plus qu'un tubercule arrondi qui est étranglé à sa base et qui est suspendu par un pédicule; à mesure que cet étranglement augmente et que le pédicule s'amincit, la circulation diminue dans la tumeur qui pâlit et qui acquiert l'aspect d'une perle fine. Chez les scrofuleux surtout, cette ressemblance est parfaite. Lorsque cette petite tumeur est ainsi étranglée, il faut l'enlever avec de ciseaux. Cette petite opération termine la cure du strabisme.

Cette granulation que l'on vient d'enlever est dure comme un petit polype fibreux.

Voici comment il faut réséquer ce produit de la cicatrisation :

Un aide écarte les deux paupières; le malade porte le globe de l'œil dans une direction opposée à celle du bourgeon, le chirurgien saisit ce dernier avec des pinces à dents de souris, et faisant glisser les lames d'un ciseau courbe sur le plat entre la tumeur et la membrane muqueuse, il coupe le pédicule en travers. Il s'écoule ordinairement quelques gouttes de sang après cette petite opération.

On lave l'œil avec de l'eau tiède, et le malade porte pendant huit à dix heures un bandeau sur l'œil.

Il faut avoir soin en faisant cette ablation de ne saisir que la petite tumeur avec les pinces, car, si on soulève le tissu cellulaire développé par l'inflammation, on produit un petit épanchement sanguin qui ne fait courir aucun danger au malade, mais qui lui donne de l'inquiétude, et prolonge le traitement.

Ce petit épanchement se montre sous la forme d'une tache noire, ressemblant à la mélanose, et qui agit sous la paupière comme un corps étranger. Il suffit d'en faire l'ablation pour mettre fin aux préoccupations du malade. Cette manœuvre ne réclame aucun traitement consécutif.

Dans un prochain article, nous examinerons les diverses variétés du strabisme, et nous parlerons de quelques phénomènes de la vue avant et après l'opération.

Ch. Philips.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR LES PRÉPARATIONS D'ACONIT ET LEUR EMPLOI CONTRE LA SURDITÉ.

L'archiatre Storck, qui s'est occupé sans relâche à transporter les plantes vénéneuses indigènes dans le domaine de la thérapeutique, a

beaucoup exalté les propriétés médicinales de l'aconit napel (*Libellus de stramonio, hyoscyamo et aconito*) ; il regarde le suc épaissi de ses feuilles ; comme un moyen héroïque pour résoudre les tumeurs, les engorgements lymphatiques, et il prétend même l'avoir administré avec un succès presque constant, à la dose de 10 à 30 centigrammes, dans la syphilis, l'amaurose, le rhumatisme, la goutte ; les médecins français qui ont répété ces expériences, n'ont point été aussi heureux, et ce médicament est tombé dans l'oubli, et il a presque été regardé comme un agent inerte. Le docteur Turnbull est venu, à plusieurs reprises, rappeler l'attention des médecins sur l'aconit, qui était, dit-on, le principal ingrédient des poisons formidables que préparait Médée.

Voici la formule qu'emploie actuellement ce médecin.

Gouttes d'aconitine (Turnbull.)

Aconitine.	1 gramme.
Alcool rectifié	8 grammes.

Faites dissoudre.

Les maladies de l'oreille en général si rebelles, ont souvent été guéries par l'emploi de ces gouttes, et l'on a pu voir des expériences assez remarquables tentées, il y a quelque temps, par le docteur Turnbull, en présence d'une commission, sur des malades atteints d'une surdité presque complète. On emploie ces gouttes tantôt par des frictions faites sur la face ou sur le derrière de l'oreille, tantôt en introduisant la substance médicamenteuse dans le conduit auditif même. Un des effets les plus remarquables est le rétablissement de l'écoulement du cérumen s'il avait cessé, ou son retour à de bonnes conditions ; et en même temps on voit disparaître les bruits et bourdonnements désagréables qui accompagnent si souvent la fin des surdités.

Ces frictions doivent toujours être employées avec le plus grand ménagement. On commencera par deux ou trois gouttes, pour s'élever successivement à vingt ou trente.

On ne trouve point encore dans les pharmacies de l'aconitine bien pure ; les procédés qui ont été donnés pour la préparer, et que j'ai rapportés dans mon ouvrage de matière médicale, ne fournissent encore qu'un produit mal défini, qui, lui-même, n'est pas encore un médicament qu'on puisse aujourd'hui se procurer facilement et partout. Il importe donc de trouver une bonne préparation d'aconit qui puisse être préparée par tous les pharmaciens, dont l'effet soit assuré et toujours le même. Si les médecins français qui ont rapporté les essais de Storck sont arrivés à des résultats si complétement négatifs, cela pro-

vient à n'en pas douter de la mauvaise qualité du produit qu'ils ont mis en usage; pour mon compte, j'ai vu souvent prescrire de l'extrait, qui est la préparation d'aconit la plus fréquemment employée en France, et jamais je n'ai remarqué d'effets physiologiques. Voici donc la préparation que je proposerais et qui pourrait suffire à toutes les indications, en attendant qu'on puisse facilement se procurer de l'aconitine pure et cristallisant régulièrement.

Alcoolature de racine d'aconit.

Racine fraîche d'aconit. . . .	100 grammes.
Alcool à 40°.	100 grammes.

Contusez la racine fraîche d'aconit, placez-la dans un flacon bien fermé avec l'alcool, après quinze jours de macération, décantez, exprimez, filtrez, et conservez pour l'usage.

Cette teinture pourra remplacer les gouttes d'aconitine de Turnbull, et si quelques médecins étaient désireux de répéter les expériences de Storck, ils pourraient employer cette préparation avec confiance, car maintes observations témoignent de la puissance de la racine fraîche d'aconit, et l'on sait que l'alcool dissout très-bien l'aconitine. On pourrait prescrire cette alcoolature à la dose de deux à quatre gouttes par jour, qu'on élèverait progressivement.

Le docteur Turnbull fait préparer une teinture avec une partie de racine sèche d'aconit, et deux parties d'alcool rectifié, et il l'a prescrit en frictions dans les mêmes cas que l'aconitine, mais cette préparation est infidèle, parce que la racine d'aconit perd une partie de ses principes par la dessiccation, et qu'elle peut s'altérer par une longue conservation. La recette que j'ai donnée est à l'abri de toutes ces objections.

A. Bouchardat.

NOTE SUR LA PRÉPARATION DU BICARBONATE DE SOUDE PAR M. MOHR.

La préparation de ce sel, soit en grand, soit en petit, ne réussit bien qu'en faisant passer du gaz acide carbonique sur du carbonate de soude en poudre grossière; il se passe ici un phénomène que l'on observe fréquemment en chimie, c'est qu'au commencement la combinaison ne s'opère que lentement et avec peine, tandis qu'au contraire, dès qu'elle a une fois commencé, elle continue avec beaucoup de force et de vivacité.

On prend un grand flacon cylindrique dont le fond a été enlevé et

dont le col est fermé avec un bouchon dans lequel on a fixé herméti-quement un robinet; on retourne le vase, on fixe un fil au milieu, puis on remplit tout l'intérieur de morceaux de craie de trois quarts de pouce de grosseur; on adapte au fil un disque de cuivre ou de verre qui retienne la craie, et alors on place le flacon dans un autre vase qui contient de l'acide muriatique; d'une autre part, on met du sel de soude dans un flacon à très-large ouverture, et on le fait communiquer, au moyen d'un tube, avec le robinet du flacon qui contient la craie.

En ouvrant le robinet, l'acide muriatique, en contact avec la craie, dégage du gaz acide carbonique qui passe dans le vase à carbonate de soude; lorsque celui-ci est vide d'air, on le ferme et on abandonne l'appareil à lui-même; on voit que, de même que dans l'appareil de Gay-Lussac, tant que l'absorption a lieu, il se produit de l'acide carbonique, et que, dès qu'il y a saturation, ce gaz refoule l'acide muriatique dans le vase inférieur, et, empêchant son contact avec la craie, arrête la production du gaz.

Il faut remarquer que l'absorption est quelquefois si rapide, que l'acide muriatique lui-même est aspiré et vient se mêler avec le sel de soude; pour éviter cet inconvénient, il suffit de placer un flacon vide sur le passage du gaz.

A l'aide de cet appareil, il est facile de préparer cinq à six livres de carbonate de soude dans un jour sans être obligé de prendre d'autre peine que de remplir les vases.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA PRÉPARATION DU SIROP DE THRIDACE;

On choisit des tiges de laitue prête à fleurir, on les monde des feuilles qui y sont adhérentes; puis on les pile dans un mortier de marbre avec un pilon de bois, on ajoute au produit un quart de son poids d'eau pure, et on distille à la chaleur du bain marie pour obtenir en hydrolat une quantité égale en poids, à la moitié des tiges de laitue employées. Le résidu du bain marie est soumis à la presse; la liqueur passée à la chausse pour la clarifier, est évaporée à l'étuve sur des assiettes jusqu'en consistance d'extrait sec. Pour préparer le sirop de thridace on prend alors :

Hydrolat ci-dessus	1 kilogramme.
Extrait ci-dessus (thridace)	20 gram. (dose du Codex)
Sucre blanc	1 kil. 900 grammes.

On fait dissoudre la thridace dans l'hydrolat, on filtre, on ajoute le sucre, et on en opère la solution dans un matras à la chaleur du

bain marie ; le sirop à moitié refroidi, est ensuite passé à la chausse.

Quelques expériences thérapeutiques semblent déjà avoir démontré, que les propriétés sédatives du sirop ainsi préparé, l'emportaient de beaucoup sur celles du sirop du Codex, qui n'en a ni l'odeur ni la saveur. Ce procédé appartient à M. Le Page pharmacien à Gisors (Eure).

CONSERVATION DES PILULES FERRUGINEUSES DE BLAUD.

On a reproché aux pilules de Blaud d'être altérables. M. Simonin de Nancy, après plusieurs essais, propose le procédé suivant, qui réunit, dit-il, à une extrême promptitude et facilité d'exécution, l'avantage de ne rien changer à la formule primitive du docteur Blaud, ni aux doses que les médecins ont contracté l'habitude de prescrire, et de donner des pilules que le temps n'altère pas.

Prenez : Protosulfate de fer pur préparé selon la méthode de M. Berthemot ;

Sous-carbonate de potasse pur, de chaque, parties égales ;

Réduisez séparément ces deux substances en poudre fine, puis mêlez exactement en les triturant ensemble jusqu'à ce qu'elles commencent à se liquéfier ; ajoutez alors suffisante quantité de miel despumé, pour donner au mélange une liquidité complète ; placez le mortier (ou la marmite en fonte, si vous opérez sur une grande quantité de matière), sur un feu très-doux, en triturant toujours, et amenez la masse à consistance pilulaire. Conservez dans un pot, ou divisez en pilules. Ces pilules sont inaltérables, conservent une ductilité et une consistance très convenables. On peut conséquemment les préparer longtemps à l'avance.

SUR LA PRÉPARATION DU SULFATE DE FER ; PAR M. F. BOUDET.

On met dans une terrine de grès 1,000 parties d'eau, 330 parties d'acide sulfurique à 66°, et on y ajoute par fractions 200 parties de limaille ou de tournure de fer ; lorsque l'effervescence est arrêtée, on verse le tout dans une chaudière de fonte, et l'on fait bouillir rapidement jusqu'à ce que la liqueur marque 35° au pèse-sel ; on verse cette liqueur immédiatement sur un filtre imprégné d'eau aiguisée d'acide sulfurique, et on la recueille dans une terrine de grès, dans laquelle on a versé d'avance et promené en tous sens 12 parties d'acide sulfu-

rique étendu de parties égales d'eau; on remue légèrement la solution pour la mélanger avec l'acide et on laisse cristalliser.

Les cristaux égouttés sur des entonnoirs et séchés ensuite avec rapidité, se conservent très long-temps sans altération dans des vases bien secs et fermés; ces cristaux sont d'un blanc tellement pâle, qu'ils paraissent presque incolores, quand ils sont de petites dimensions.

DE L'ORGANISATION PHARMACEUTIQUE EN RUSSIE.

Un ukase de l'empereur de Russie du 25 janvier 1839, vient de régler en Russie tout ce qui intéresse la profession médicale. En voici les principales dispositions, en ce qui touche la pharmacie.

Nulle personne, sujet russe ou étranger, ne peut exercer la pratique médicale ou vétérinaire, ni administrer une pharmacie sans être muni d'un diplôme émané d'une académie ou université impériale de médecine et de chirurgie.

Il y a trois degrés d'examens relatifs à la pharmacie, savoir : 1° celui d'aide-pharmacien (*pharmacopœus auxiliarius*); 2° celui de proviseur (*pharmacopœus substitutus*); 3° celui de pharmacien (*pharmacopœus*).

Pour être admis aux examens relatifs au grade d'aide-pharmacien, il faut : 1° justifier de connaissances suffisantes dans les matières qui font l'objet de l'enseignement des quatre premières classes dans les colléges; 2° avoir fait un apprentissage de trois ans au moins dans une pharmacie de la couronne, ou dans une pharmacie libre. Les examens reposent sur les objets suivants : *a*. Dans la *minéralogie*, les principaux systèmes, la terminologie et principalement les minéraux qui intéressent la pharmacie. *b*. Dans la *botanique*, la terminologie et les principaux systèmes. *c*. Dans la *zoologie*, les divers systèmes et principalement les animaux dont certaines parties sont employées en médecine. *d*. Dans la *physique*, les propriétés générales des corps. *e*. Dans la *chimie*, les corps simples non métalliques, les métaux, les principaux oxydes, acides, sels et produits employés en médecine. *f*. Dans la *pharmacognosie*, les substances les plus employées, leur dénomination, leur origine, leurs caractères distinctifs. *g*. Dans la *pharmacie générale*, il faut traduire de la pharmacopée latine un passage indiqué par le professeur. *h*. Dans la *pharmacologie*, indiquer les doses ordinaires des médicaments d'une activité violente.

Enfin, le candidat doit faire preuve de connaissances pratiques, en exécutant sous les yeux de l'examinateur quatre préparations qui lui sont désignées.

L'aide-pharmacien qui veut obtenir le grade de proviseur doit, s'il est du premier ordre, avoir séjourné deux ans de plus, et trois ans s'il est du second ordre, dans une pharmacie de la couronne, ou une pharmacie particulière. Il doit en outre prouver par certificat qu'il a suivi, dans une académie ou université, un cours complet de chacune des sciences sur lesquelles doivent porter les examens.

Les examens reposent sur les mêmes sciences que les précédents, mais sont poussés plus loin.

Le candidat au grade de proviseur doit, en outre, savoir appliquer les principaux moyens dans les maladies qui réclament des secours momentanés et qui sont désignées dans un règlement spécial.

L'examen théorique étant terminé, le candidat exécute deux préparations pharmaceutique et deux opérations de chimie sous la surveillance d'un examinateur.

Pour être admis aux examens relatifs au grade de pharmacien, il faut : 1° possédcr le grade de proviseur; 2° avoir exercé en cette qualité pendant deux ou trois ans, suivant l'ordre, ou bien avoir administré pendant le même espace de temps une pharmacie.

Les examens portent sur les mêmes sujets que pour le grade précédent, mais on exige du candidat les connaissances les plus étendues, en théorie comme en pratique. Il doit se montrer capable d'exécuter différentes recherches ou analyses chimiques, prouver qu'il possède la tenue des livres et les connaissances commerciales nécessaires pour administrer un établissement. Enfin, dans une dernière épreuve, il doit exécuter trois préparations pharmaceutiques des plus importantes, toujours sous la surveillance de l'un des examinateurs.

Des proviseurs du premier ordre, connus par la bonne administration d'une pharmacie, ou qui ont publié des ouvrages sur la pharmacie, la chimie, ou les sciences naturelles, honorablement accueillis par le monde savant, peuvent obtenir le grade de pharmacien sans être assujettis aux examens.

Par une disposition générale, il est défendu aux pharmaciens d'écrire des ordonnances et de s'occuper du traitement des maladies, si ce n'est dans le cas d'un danger subit de la vie, tel que : empoisonnement, évanouissement, hémorragie, brûlures, etc., lorsque le secours immédiat est urgent, et en attendant l'arrivée du médecin.

En Russie, les pharmaciens sont considérés comme employés du gouvernement, ce qui leur donne une haute importance dans la hiérarchie sociale, et la considération qu'a droit d'ambitionner quiconque se voue à l'exercice d'une profession libérale et scientifique.

BIBLIOGRAPHIE.

Du traitement moral de la folie, par F. Leuret, *médecin de l'hospice de Bicêtre*[1].

Nous avons eu bien souvent occasion de le dire, la grande question aujourd'hui en médecine, c'est de déterminer d'une manière précise la part qui doit être faite dans les maladies aux lésions matérielles que l'anatomie constate. Si la science tout entière ne doit point sortir de l'anatomie pathologique, s'il était inévitable qu'un jour une réaction puissante dût s'accomplir dans les esprits contre l'idée exclusive de localisation, il était facile de prévoir que cela arriverait, surtout dans l'ordre des maladies mentales. Sans doute, au jugement de celui pour qui la médecine est autre chose qu'une sorte de chirurgie interne, il est bien peu d'affections qui se résolvent dans la lésion, par laquelle il est permis, si l'on veut, de la caractériser; derrière cette lésion, il y a la cause; derrière cette cause, si elle reste indéterminée, il y a le système nerveux présent à tous les organes; il y a les liquides qui partout en pénètrent la trame; il y a les forces qui animent les uns et les autres; il y a le lien qui établit la solidarité des fonctions, qui crée l'unité du système vivant. Or, il est déjà fort difficile de comprendre comment une pathologie, qui ne tient nul compte de ces importantes données, ne va point au delà des lésions souvent variables, inconstantes, qu'elle rencontre dans quelque coin de l'organisation, pourrait arriver à une solution vraie des problèmes qu'elle cherche à résoudre. Mais, s'il est vrai que, dans les maladies ordinaires, il y ait au delà de la portée du scalpel tant et de si importantes conditions à déterminer, tant de problèmes à résoudre, comment comprendre que les phénomènes variés par lesquels se traduit à l'observation l'aberration des facultés de l'entendement trouveraient leur raison, leur cause immédiate, dans les altérations physiques de l'encéphale ou de ses enveloppes? Il y a tout un monde entre ces altérations et les phénomènes qu'on prétend ainsi expliquer par elles. Un jour viendra, nous l'espérons, où, au nom d'une philosophie plus élevée, plus complète que celle qui, à l'heure qu'il est, asservit encore la plupart des intelligences, on ne balancera point à rejeter *à priori* une étiologie aussi erronée. Nous sommes convaincu que M. Leuret est arrivé déjà à cette philosophie qui commence à rallier un bon nombre d'intelligences d'élite,

[1] 1 vol. in-8°. Chez J.-B. Baillière

et nous aurions désiré que, se plaçant au point de vue scientifique où celle-ci conduit nécessairement le médecin qui la comprend et l'accepte, il eût établi nettement, explicitement la nature du désordre qui constitue l'aliénation mentale. Mais l'auteur a constamment éludé cette question ; nous le regrettons sincèrement, et dans son intérêt, et dans l'intérêt de la science. Une solution précise, catégorique, de ce point scientifique important, eût mieux fait comprendre ce que M. Leuret veut par-dessus tout établir : que le traitement fondamental de la folie, c'est le traitement dans lequel le médecin se sert des instincts, des idées, des passions de l'aliéné, comme d'un levier pour ramener dans la voie de la raison son intelligence fourvoyée. Une conséquence plus grave résulte encore de l'indécision où M. Leuret semble flotter comme malgré lui sur la question de la nature organique ou mentale de la folie ; cette conséquence, c'est que cette indécision dans la spéculation passera nécessairement dans la pratique. Nous le reconnaissons hautement, le traitement moral, tel que l'institue et surtout le comprend l'auteur, diffère essentiellement de celui que quelques médecins avaient avant lui essayé timidement et sans suite. Cependant, nous sommes bien forcé d'en convenir, les moyens par lesquels ce traitement s'applique entre les mains de M. Leuret, diffèrent peu de ceux qui ont été employés jusque-là : pourquoi cette désharmonie entre la spéculation et la pratique? Pourquoi l'originalité profonde, incontestable de l'une s'éteint-elle dans la banalité de l'autre, *desinit in piscem...?* La raison de cette apparente stérilité d'une conception neuve, importante, et qui nous paraît appelée, nous n'hésitons point à le dire, à opérer une véritable révolution dans la thérapeutique des maladies mentales, c'est d'abord sans doute que cette idée ne fait que de naître, et qu'elle n'a pu encore acquérir tout le développement dont elle est susceptible ; mais nous en trouvons une seconde et plus forte raison encore dans l'indécision même de M. Leuret vis-à-vis de la question que nous avons tout à l'heure indiquée. Que l'auteur se le persuade bien, les sceptiques ne feront jamais faire un pas à la science, les chiffres ne leur donneront pas la puissance morale dont ils manquent ; la condition essentielle pour saisir une vérité quelconque dans une science quelconque, c'est l'affirmation. Que M. Leuret émette cette affirmation au sujet du siége essentiel de la folie, et nous lui promettons qu'il verra bientôt s'agrandir l'horizon de son idée ; la douche restera, l'intimidation restera ; mais, comme ces deux choses ne sont point le seul levier propre à remuer les passions et les idées, la réflexion, l'expérience, le conduiront peu à peu à étendre le cercle de sa thérapeutique morale.

Mais, si M. Leuret n'a point compris comme nous la nécessité d'une solution précise de la question du siége et de la nature de la folie, il a au moins vigoureusement combattu, et, selon nous, complétement réfuté l'opinion de ceux qui placent le siége de l'aliénation mentale dans l'encéphale, et assignent comme causes aux diverses formes que revêt cette maladie les altérations organiques variées que l'anatomie pathologique a appris à y reconnaître. L'idée fondamentale qu'émet sur ce point notre auteur, outre des critiques partielles qui, dans bien des cas, ne laissent point un mot de réponse, est celle-ci : savoir que ces altérations ne se rencontrent jamais que dans les cas d'aliénation mentale, compliquée de divers désordres fonctionnels, qui se distinguent essentiellement de celle-ci; que les lésions physiques rencontrées soit dans le crâne lui-même, soit dans les méninges, soit dans la substance grise, soit dans la substance blanche du cerveau, sont la cause des phénomènes également physiques dont l'aliénation mentale est compliquée; mais quant aux phénomènes psychiques eux-mêmes, en lesquels consiste essentiellement et uniquement la folie, on ne saurait en trouver la raison dans les lésions physiques dont nous venons de parler : la meilleure preuve qu'on en puisse donner, selon M. Leuret, fort partisan, comme on le voit, de la méthode *a posteriori*, est que, dans les cas où le délire apyrétique se rencontre isolé de tout symptôme physique, comme cela se voit surtout dans la monomanie, la lypémanie, etc., on ne trouve aucune lésion dans les centres nerveux. Il faut voir l'incroyable assurance avec laquelle certains auteurs rattachent telle ou telle forme d'aliénation mentale à telle ou telle lésion, qui varie du reste presque pour chaque anatomo-pathologiste, pour comprendre comment les meilleurs esprits s'engagent de plus en plus dans la voie de l'erreur une fois qu'ils ont fait fausse route. En vérité, en face d'assertions aussi tranchantes, nous nous sommes demandé vingt fois comment l'anatomie morbide ne s'était point encore mis en devoir de rechercher dans le système nerveux la lésion, l'altération matérielle qui correspond à telle ou à telle passion, à telle ou telle idée... Mais j'y songe, cela s'est fait, cela se fait encore tous les jours, et même cette science a un nom, c'est la phrénologie. Qu'est-ce en effet que la phrénologie, si ce n'est l'anatomie pathologique des idées et des passions?

Entre les diverses lésions qui se rencontrent dans le cerveau des aliénés, il en est qui s'y observent souvent avec un ensemble remarquable, et qu'a surtout signalées M. Calmeil, ce sont l'épaississement des méninges, l'infiltration de la pie-mère, l'adhérence de ces membranes ainsi altérées aux circonvolutions, un changement de consistance et de coloration de la substance grise : on ne peut nier, dit M. Leuret, que ce ne

soit là un ensemble de lésions particulières aux aliénés ; mais dans ce cas les aliénés sont en même temps atteints d'une paralysie partielle ou générale. Or, lequel des deux ordres de phénomènes observés dans ce cas est commandé par les lésions que nous venons d'indiquer? Comme l'idée qui répond à cette question est une des idées fondamentales que M. Leuret développe dans son ouvrage, nous ne saurions rien faire de mieux que de citer ses propres paroles à cet égard.

« Comment M. Calmeil vient-il choisir ce malencontreux exemple (pour démontrer le siége et les altérations physiques de la folie)? Faut-il donc répéter sans cesse et à tout le monde que, pour décider si une lésion appartient à la folie, il faut au moins qu'on la retrouve dans les cas de folie simple, dans les cas d'aberration mentale isolée, de toute altération dans la sensibilité et dans les mouvements? Quoi! les formes anatomiques dont parle M. Calmeil appartiennent à la folie compliquée de paralysie, elles se montrent seulement dans les cas où ces deux affections sont réunies; on ne les rencontre jamais quand la folie est simple, et l'on en conclurait qu'elles sont particulières à la folie? Une pareille manière de raisonner n'est-elle pas essentiellement vicieuse? Et le peu de valeur des conclusions que M. Calmeil en a tirées, ne ressort-il pas avec la dernière évidence? »

Pour nous, si nous avions pu conserver quelque doute sur la question de la signification pathologique des altérations connues de l encéphale dans la folie, nous le déclarons nettement, la lecture de l'ouvrage remarquable du médecin de Bicêtre l'eût complétement dissipé.

Une fois ceci posé, savoir que la cause immédiate de la folie ne réside point dans les altérations physiques de l'encéphale, l'esprit est naturellement porté à se demander quelle influence le traitement moral, qu'il faudra ultérieurement déterminer, est appelé à exercer sur une telle maladie. M. Leuret a résolu cette question de la manière suivante : «Le traitement moral est le seul traitement qui soit essentiellement applicable à la folie, et le traitement physique, tel qu'il a été institué jusqu'ici, ne convient qu'aux lésions physiques, qui peuvent la compliquer, et en effet la compliquent souvent.» Maintenant en quoi consiste ce traitement? Laissons encore parler l'auteur sur ce point. « Nous savons quelle influence les passions exercent les unes sur les autres; nous connaissons la réaction réciproque des idées et des sentiments, apprenons à les employer à propos, à les faire réagir dans un but salutaire. Tel mode d'impression, tel raisonnement, qui agissent sur un homme raisonnable, restent sans effet sur un aliéné; ayons recours à des raisonnements plus forts, à des impressions plus vives et plus variées. Que faisons-nous à ceux que nous croyons dans l'erreur?

leur apposons-nous des sangsues, des purgatifs ou des objections? Des objections. Faisons de même avec les aliénés; car les aliénés sont des hommes qui se trompent. » Avec nos idées routinières en fait de thérapeutique des maladies mentales, comme sur tant d'autres points, les objections se présentent en foule contre cette manière de comprendre et de traiter la folie. Parmi ces objections, il en est un grand nombre qui n'ont nulle valeur, et auxquelles nous ne ferons pas l'honneur de les produire ici; mais il en est une capitale, qui subsiste avec toute sa force, lors même qu'on admet avec M. Leuret la nature morale des phénomènes essentiels de la folie. Voici comment l'auteur prévient cette objection, et y répond en même temps : « Il s'agit d'un individu qui, par suite d'hallucination, est atteint d'un délire apyrétique, dans lequel il se croit en rapport avec une jeune couturière de la plus grande beauté, et qui n'est rien moins que Dieu lui-même, déguisé sous cette forme tant soit peu vulgaire. Cette jeune fille doit rendre notre homme prophète, renverser Louis-Philippe du trône, pour mettre N... purement et simplement à sa place. Or, M. Leuret force par la douche et la crainte de la douche ce fou à renoncer à ses folies; il l'oblige sous le coup même de l'eau qui le frappe à rétracter toutes ses paroles insensées, et de travailler comme tous les autres. En peu de temps, ce but est atteint. Or, dit l'auteur à ce sujet, « promettre de ne plus penser à ses folies, et tenir parole, lorsqu'on est porté à faire cette promesse, non par conviction, mais par crainte, cela paraîtra impossible à tous ceux qui n'en ont pas été témoins. Si l'on voulait bien y réfléchir, cela ne serait pourtant pas aussi incroyable qu'on le suppose; la renonciation aux idées folles n'est d'abord que sur les lèvres, je le crois tout le premier; mais, quand il faut joindre à cette renonciation un genre de vie entièrement nouveau, quand il faut acquérir et montrer qu'on acquiert chaque jour des idées nouvelles, l'esprit est distrait, et les préoccupations diminuent. Que les idées nouvellement acquises soient nombreuses et justes, elles détruisent celles qui sont erronées, et la guérison se trouve accomplie, par cela seul qu'on a détourné le malade de la voie où il s'était fourvoyé. » Il n'est pas un mot dans toute cette explication qui n'implique une théorie psychologique nettement formulée. Or, la psychologie est la chose du monde dont les médecins et les psychiatres eux-mêmes, si on veut nous passer le mot, se sont le moins occupés. M. Leuret, qui ne peut s'arrêter ici, devra faire des études profondes dans cette direction; ses idées en pareille matière n'acquerront quelque vigueur scientifique qu'à cette conduite. Il devra d'autant plus faire ce que nous lui recommandons, s'il ne l'a fait déjà, que sans cela la propagation de ses idées, que nous appelons de

tous nos vœux, parce que nous les croyons profondément vraies, rencontreront de nombreux obstacles... La poursuite de cette discussion nous conduirait trop loin, nous nous arrêterons ici; mais nous déclarerons en finissant que dans notre conviction, les idées dont M. Leuret ne présente qu'une faible esquisse dans le livre à propos duquel nous avons écrit ce qu'on vient de lire, nous paraissent appelées à opérer une réelle et importante révolution dans la thérapeutique des maladies mentales.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

PLAIE GRAVE GUÉRIE PAR LES IRRIGATIONS CONTINUES D'EAU FROIDE.

M. Edouard F..., âgé de dix-neuf ans, doué d'une belle constitution et de beaucoup d'embonpoint, tomba, le 31 mai 1840, sur une latte fixée à un mur de jardin, et terminée à son extrémité supérieure par un bord tranchant, résultant de la jonction d'un double biseau. Le corps vulnérant s'enfonça à la partie interne de la cuisse droite, qu'il traversa obliquement d'avant en arrière, de bas en haut, et de dedans en dehors. de manière que la pointe venait faire saillie sous les téguments de la fesse droite, qu'elle soulevait. Cette pièce de bois s'était brisée dans la plaie; aussi fut-on obligé d'en faire l'extraction en deux morceaux, dont le plus grand, long de neuf à dix pouces, fut retiré par la plaie d'entrée, et le plus petit, de la longueur d'environ cinq pouces, par une ouverture pratiquée avec le bistouri au point où ce fragment faisait saillir les téguments, au milieu de la fesse. Dans le premier, était implantée une pointe de fer, longue de plus de deux pouces, et qui, dépassant le bois de plus de moitié de sa longueur, avait dilacéré les parties molles jusqu'à une profondeur de sept à huit pouces. C'est dans ce lieu qu'avait eu lieu la rupture de l'échalas, qui était altéré et pourri, à l'endroit où était implantée la pointe de fer.

L'extraction de ces fragments ne fut accompagnée ou suivie d'aucune hémorragie; il ne s'écoula même qu'une fort petite quantité de sang. L'ouverture d'entrée avait ses bords renversés en dedans, noirs, contus, et ne rassemblait pas mal à une plaie par arme à feu, excepté qu'elle était beaucoup plus large que celle que ferait une balle. L'étendue de son trajet était d'environ quinze pouces, d'une ouverture à l'autre; elle laissait en avant d'elle, et un peu en dehors, les vaisseaux fémoraux, et plus loin, le fémur lui-même. En portant le doigt dans

l'ouverture de la face interne de la cuisse, on sentait les pulsations de l'artère fémorale.

Notre blessé témoignait peu de douleur. Il était calme, même pendant et après l'extraction des fragments du bois. Le cas nous parut fort grave. Notre sujet était doué d'une constitution qui offrait peu de prédisposition aux accidents nerveux; mais l'étendue de la plaie, et la nature de l'instrument vulnérant devaient nous faire craindre le développement d'une inflammation violente, accident si redoutable dans les parties qui, comme la cuisse, sont enveloppées et bridées par d'épaisses aponévroses. Nous résolûmes donc, trois de mes confrères et moi, de nous opposer de tous nos efforts au développement de cet accident, ou du moins de le modérer autant que possible, et dans ce but, je proposai l'emploi des irrigations continues d'eau froide. Mes confrères furent de mon avis. Après avoir entouré le membre d'un simple appareil, composé d'une bande roulée, médiocrement serrée sur la cuisse, et d'un 8 de chiffre sur la fesse, nous plaçâmes le blessé sur un lit couvert d'alèses et de toiles cirées, et nous suspendîmes au-dessus de lui, à l'aide d'une échelle double, un réservoir dont le fond, percé de deux trous, donnait passage à deux cordes qui remplissaient incomplétement ces trous, et qui servaient de conducteur à l'eau qui s'échappait du réservoir. Cette eau était à la température de dix degrés, constamment renouvelée. Il s'en écoulait environ trente litres par heure.

La première nuit, le malade fut assez agité, à cause du froid et de la gêne de la position; mais il souffrait peu de sa blessure. Nous nous bornâmes à quelques cuillerées d'une potion calmante.

Le 31. Peu de douleur, sensation de froid et d'engourdissement dans tous les membres; pouls à 90, un peu plus développé qu'hier. Saignée de 750 grammes (1 livre et demie), diète complète, orge miellé. — Le soir, nouvelle saignée d'environ 250 grammes (8 onces). Nuit plus calme que la précédente, deux ou trois heures d'un sommeil tranquille.

1er juin. État général bon, pouls à 85, normal pour la force, le membre est froid dans toute son ésendue. Les plaies sont nettes, et leur pourtour n'offre pas la moindre rougeur ni le moindre gonflement. Le reste du corps a sa température ordinaire.

2 juin. La nuit a été assez bonne, mais un peu agitée. Sommeil de neuf heures, interrompu de temps en temps à cause de la gêne de la position et du froid. Le malade rêve et se croit dans la neige, en Laponie, etc.; du reste, même état qu'hier. — Boisson délayante, émulsion d'amandes le soir. Diète.

Les jours suivants, il s'établit un peu de suppuratoin, qui entraîne au dehors, par la plaie de la fesse, quelques fragments de bois pourri. Le membre est très-froid dans toute sa longueur. Quand il se manifeste un peu de douleur avec sensation de chaleur, une augmentation du filet d'eau suffit pour faire cesser rapidement ces phénomènes.

Le 5 au soir, douleurs excessivement vives, agitation, rêvasseries (émuls. d'amandes, potion avec thridace, 1 gramme dans 120 grammes). Irrigation à grande eau.

Le 6, le 7 et le 8, même état.—On ralentit les irrigations. Le membre s'échauffe très-peu et très-lentement. Un peu d'agitation le soir. (Même traitement, —une pilule avec extr. gomm. d'opium et extr. de jusquiame, de chaque 5 centigrammes.) Le 8 au soir, on suspend l'irrigation (dixième jour)

Le 9, suppuration très-peu abondante, légèrement fétide. Catapl. émoll. Quelques bouillons. Le membre n'est ni plus chaud, ni plus tuméfié que l'autre.

Les jours suivants, les orifices de la plaie se détergent et se recouvrent de bourgeons celluleux et vasculaires rosés, recouverts d'une très-petite quantité de pus de bonne nature. Une forte pression ne détermine pas la moindre sensibilité dans tout le trajet de la plaie, à travers le membre, et ne fait pas sortir la plus petite quantité de pus, ce qui indique que les parois de ce trajet se sont réunies dans presque toute son étendue.

Pansement simple, linge fenêtré, charpie, compresses et bandes; alimentation légère.

Le 6, il se présente à la plaie de sortie une esquille de bois, longue d'eviron 1 pouce et demi, et large de plusieurs lignes. Nous en faisons facilement l'extraction, sans la moindre souffrance pour le malade.

Les jours suivants, la cicatrisation marche avec assez de rapidité.— Il sort de temps en temps quelques petits fragments de bois pourri. Le 25, le malade commence à marcher.

Pendant la première moitié de juillet, les deux plaies se cicatrisent complètement, à l'exception d'un petit trajet fistuleux, très-étroit et assez profond, qui persiste à la plaie de la fesse. Mais cette plaie, après s'être tout à fait cicatrisée, s'ouvre de nouveau, pour donner issue à quelques fragments de bois altérés. Le trajet fistuleux qui en résulte est très-étroit; mais il laisse pénétrer un stylet boutonné jusqu'à la profondeur de trois pouces.

Les choses restèrent ainsi stationnaires jusque vers le 1er septembre. La persistance de l'ouverture fistuleuse me faisait depuis longtemps soupçonner la présence d'un corps étranger dans le point corespondant

au bris de la latte. En effet, en sondant attentivement, je perçus un frottement dur et métallique, qui me fit prononcer qu'il était resté dans la plaie une pointe ou un corps métallique quelconque. Je dilatai le trajet fistuleux à l'aide d'un cône d'éponge ficelée, et je procédai à la recherche de ce corps; mais ce n'est que le troisième jour que je parvins à le saisir à l'aide de pinces à pansements ordinaires. C'était une pointe de fer, longue de trente lignes; elle était située à une profondeur de trois à quatre pouces, dans les tissus, précisément au point où la latte s'était brisée.

Quelques jours après, il sortit encore un petit fragment de bois, et, dès lors, la cicatrisation marcha rapidement : elle était complète dans les derniers jours de septembre. Depuis longtemps, M. F... marchait comme à son ordinaire, et avait recouvré tout son embonpoint.

CARRIÈRE,
agrégé à la faculté de médecine de Strasbourg.

SUR QUELQUES FAITS REMARQUABLES D'HYDROPHOBIE.

J'ai lu dans le numéro des 15 et 30 janvier 1840, un article sur la rage humaine, par M. Bellanger de Senlis. Ce médecin, s'appuyant sur plusieurs faits, nie l'action du virus rabique, et pense que la terreur seule suffit au développement de cette affection, qu'elle soit spontanée ou traumatique. Sans avoir, comme M. Bellanger, fait une étude spéciale de cette maladie, j'ai pendant mon séjour comme interne à l Hôtel Dieu de Lyon, recueilli quelques observations bien constatées, qui tendent à prouver l'existence d'un virus, contrairement à l'opinion de ce médecin. Permettez-moi de vous les citer en peu de mots.

Dans le cours de l'hiver de l'année 1824, pendant le majorat de M. Mortier, on amena à l'Hôtel-Dieu cinq personnes qui avaient été mordues par une louve enragée dans les forêts de Montluel. Au nombre de ces cinq personnes se trouvaient deux enfants, une petite fille de trois ans et un petit garçon de cinq. Tous succombèrent à peu de jours d'intervalle, et les deux enfants nous présentèrent des symptômes absolument identiques aux autres : hydrophobie bien marquée, sputation continuelle, yeux brillants, hagards, convulsions périodiques, etc., enfin, toute la série des phénomènes qui caractérisent la plus dangereuse et la plus incurable de toutes les névroses.

M. Bellanger m'accordera qu'à l'âge de ces deux enfants, l'imagination ne peut encore être frappée. La terreur qu'ils ont nécessairement éprouvée au moment de l'accident n'a donc pu durer que quel-

ques jours ; mettons jusqu'à la cicatrisation des plaies. Mais elle n'a certainement pas duré davantage, car tout le monde sait combien l'enfance est oublieuse, et combien sont passagères ses impressions de douleur ou de plaisir.

Je n'admets donc pas la terreur dans cette circonstace, car l'invasion de la maladie n'a eu lieu que trente-cinq jours après l'accident.

Autre fait. Le 2 juillet 1838, le sieur J. Chameau, huissier à Lyon, se trouvait dans un cabaret des Brotteaux, avec quelques clients. Impatienté par le bruit que faisaient plusieurs chiens qui s'arrachaient des os sous la table, il donna un coup de pied à l'un d'eux et fut mordu légèrement à la malléole interne de la jambe gauche. La blessure très-légère laissa suinter à peine quelques gouttes de sang à travers les mailles du bas. Elle fut lavée avec du vin, puis abandonnée à elle-même, elle se cicatrisa rapidement. Chameau, fort affairé, n'y donna aucune attention, et continua à vaquer à ses occupations ordinaires. Sur la fin du mois d'août suivant, revenant à Lyon, très-fatigué d'une course de plusieurs lieues, il s'endormit dans un pré pendant quelques instants. A son réveil il se sentit pris d'un frisson violent, qu'il attribua à une transpiration arrêtée. Rentré chez lui, il se coucha sur-le-champ, disant à sa femme qu'il avait une fluxion de poitrine, et qu'il fallait le faire suer. Sa soif était ardente, son agitation extrême. On lui donna une tasse de lait chaud, qu'il saisit avec avidité; mais à peine l'eut-il approchée de ses lèvres, qu'il éprouva nn spasme violent qui lui fit rejeter le liquide avec un mouvement d'horreur. Toutes les tentatives qu'il fit de nouveau pour boire aboutirent au même résultat. L'agitation et l'anxiété augmentèrent, il s'y joignit une sputation continuelle d'une salive gluante et rare. Ce fut alors que sa femme effrayée le fit transporter à l'Hôtel-Dieu. Le corset de force et les liens dont on l'entoura exaspèrent encore les symptômes, qui allèrent jusqu'à la fureur. Il ne savait, disait-il, pourquoi on le retenait de force à l'hôpital, ne se sentant d'autre mal que l'impossibilité de satisfaire une soif toujours renaissante. Il succomba trente heures après son entrée, n'ayant aucun souvenir de sa morsure et ignorant entièrement la cause de la terrible affection à laquelle il était en proie. Nous n'apprîmes que quelques jours après, l'accident dont j'ai parlé plus haut. Tels sont les faits que j'oppose à l'opinion de M. Bellanger; ils prouvent évidemment que la terreur n'entrait pour rien dans la production de la maladie qui nous occupe, et qu'il faut en chercher la cause ailleurs.

PASSAGUAY LUDGER,
médecin de l'hôpital à Saint-Amour (Jura).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Sur le vomissement des femmes enceintes. — Un des accidents les plus incommodes de l'état de grossesse est sans contredit les nausées et les vomissements qui tourmentent certaines femmes pendant toute la durée de la gestation, et ne disparaissent qu'après l'accouchement. Ce trouble des fonctions digestives altère puissamment, chez certaines personnes, la nutrition, et devient la source d'accidents sérieux. Remédier donc à cet état, diminuer ou faire disparaître le malaise, les nausées, les vomissements, est une chose importante pour le praticien. Au petit nombre des moyens conseillés pour atteindre ce but, M. le docteur Kroyher, de Presbourg, vient ajouter la teinture de noix vomique à très-faible dose. Sa formule est la suivante : Dans 4 grammes d'eau aromatique (de feuilles d'oranger ou autre) il administre de deux à six gouttes de la teinture : deux gouttes si la femme est délicate et si le mal dure depuis longtemps, six gouttes si le mal est au début et si la femme est forte. Ainsi, plus les accidents sont violents, moins la dose est forte. Chez les sujets très-irritables, le médecin emploie la potion suivante : eau de laurier-cerise, 4 grammes, teinture de noix vomique, 2 gouttes ; on prend matin et soir dix gouttes de ce mélange. On peut en donner, dit-il, jusqu'à vingt gouttes, mais on ne doit pas dépasser cette dose. Avant d'administrer ce médicament, il faut combattre la diarrhée ou la constipation si elles existent.

Nous ne savons pas quelle est l'efficacité du traitement proposé par M. Kroyher, mais nous pouvons en rappeler un autre qui nous a rendu les plus grands services dans notre pratique. Il consiste tout simplement, toute complication enlevée et ayant affaire à des vomissements purement nerveux, à prescrire à la femme l'usage du vin pur, et à la fin du repas, un petit verre à liqueur d'eau-de-vie, de rhum ou de kirch ; l'anisette suffit quelquefois. Nous avons eu souvent l'occasion de vérifier l'efficacité de ce régime. A ce sujet, nous conseillons de lire un article de M. Pigeaux, consigné tome III, page 134 du *Bulletin de Thérapeutique*. Ce médecin conseille la formule de la liqueur suivante :

Alcool à 32°	180 grammes.
Eau distillée de laurier-cerise.	16 grammes.
Eau.	240 grammes.
Sucre.	120 grammes.

Faites une liqueur.

On peut commencer par en donner une grande cuillerée à bouche après chaque repas, et en porter la dose jusqu'à la valeur d'un petit verre à liqueur ordinaire.

Diathèse hémorragique. — Cas de transfusion faite avec succès. — Nous avons, il y a quelques mois, rapporté un certain nombre de faits qui établissent chez certains individus, une diathèse hémorragique, diathèse qui a pu être transmise à plusieurs des descendants d'une même famille. Ces observations sont rares et méritent attention. Le cas que nous allons rapporter n'a pas une importance de cette nature; mais il montre au plus haut degré la disposition hémorragique porté au dernier terme, *l'exanguicité* presque complète. Il est encore un exemple, bien exceptionnel certainement, du maintien ou mieux du rappel à la vie par une opération non moins rare, la transfusion du sang.

Un enfant de onze ans affecté de strabisme se fait opérer par un chirurgien anglais, M. Lane. Cet enfant avait une prédisposition extrême aux hémorragies; quatre ans auparavant il avait eu, à la suite de l'extraction d'une dent, une hémorragie qui avait duré quatre jours et qui l'avait fait entrer à l'hôpital de Guy à Londres. Six mois plus tard, l'arrachement d'une autre dent avait occasionné un écoulement sanguin pendant quinze jours, et il avait été traité dans le même hôpital. Quelques mois plus tard, s'étant fait une légère coupure au doigt il perdit beaucoup de sang, et l'on ne put l'arrêter que par la compression. En septembre 1839, il était à l'hôpital Saint-Georges pour une affection de l'articulation du genou; des sangsues furent appliquées; on eut beaucoup de peine à arrêter le sang; il fallut fermer les piqûres au moyen de la suture entortillée. Voilà le commémoratif.

Cet enfant donc était strabique. M. le docteur Lane l'opéra par la section du muscle droit. Il n'y eut rien de remarquable, sinon qu'il eut une syncope et que l'écoulement du sang fut plus abondant qu'il ne l'est ordinairement; mais il s'arrêta, et l'enfant put retourner à pied chez ses parents. Bientôt l'hémorragie recommença et continua avec quelques interruptions pendant six jours et cinq nuits, malgré toute la série des moyens employés. Le cinquième jour la mort était imminente: on ne sentait plus le battement des carotides, l'enfant était dans un état presque continuel de syncope, l'estomac rejetait tout. Il fallait agir promptement et énergiquement. M. Lane se décida pour la transfusion; au moment où il allait la pratiquer, l'hémorragie s'arrêta, et le moribond parut se raviver un peu. L'opération fut remise. Le lendemain il était dans un état pire encore, s'il est possible, que le jour précédent; l'hémorragie avait recommencé pendant la nuit; les traits du visage étaient décomposés, la peau pâle avec le froid de la mort; pas de pouls, immobilité complète. La transfusion ne pouvait être retardée plus longtemps sans perdre toute chance de succès; elle fut pratiquée à sept heures du soir en présence de plusieurs personnes.

Une veine étant choisie au pli du bras, on fit à la peau une incision d'un pouce d'étendue parallèle au vaisseau. Un stylet d'Anel fut passé sous la veine à la partie inférieure de l'incision, afin de soulever la veine, de la maintenir et d'empêcher la sortie du sang au moment où on l'ouvrit avec une lancette. L'appareil préalablement chauffé, on introduisit dans la veine la canule de la seringue pour s'assurer qu'aucun obstacle ne se présentait; on la retira pour charger de sang la seringue avec environ deux onces du sang d'une jeune femme forte et bien portante. Après avoir bien expulsé tout l'air qui pouvait être contenu dans l'instrument, on réintroduisit la canule dans la veine. Mais, malgré toute la célérité qu'on y avait mise, le sang avait déjà commencé à se coaguler. On renonça à l'employer. Il fallut recommencer avec plus de précaution et par un procédé plus expéditif. Une demi-once de sang fut d'abord injectée, et progressivement on poussa la quantité de sang introduite jusqu'à cinq onces et demie. Ce ne fut pas sans interruption qu'on put le faire. Il fallut quatre fois retirer l'appareil à cause de la tendance du sang à se coaguler. Quand la jeune femme eut perdu dix ou douze onces de sang, le jet commença à diminuer, et il fallut renoncer à en obtenir une plus grande quantité. Les bons effets de l'opération ne purent s'observer immédiatement, le pouls seul reparut au moment même de l'injection. Mais au bout d'une heure ou deux le malade put se soulever et boire, sans qu'on l'aidât, un verre d'eau et de vin; il était difficile en ce moment de pouvoir se figurer que ce fût bien là le malade qui était expirant quelques heures auparavant. L'hémorragie de l'œil ne se reproduisit pas. La plaie du pli du bras fut guérie au bout de dix jours; bientôt l'enfant put prendre l'air dans une voiture; l'appétit et les forces reparurent, et au bout de trois semaines il est parti pour la campagne, d'où il n'a pas tardé à revenir en bonne santé et guéri de son strabisme.

Excoriations et gerçures du mamelon. — Les ulcérations et gerçures du mamelon constituent un des inconvénients les plus douloureux du rôle de nourrice. Obvier à ces petites plaies est donc, quand on le peut, d'une assez grande importance. Ce qu'il y a de mieux à faire dans ces cas, c'est de donner du ton au bout du sein pendant les derniers mois de la grossesse par des lotions convenables. L'eau de goudron est vantée par M. Marcus comme un moyen supérieur à tous les autres. On met dans une assiette creuse une cuillerée à soupe de goudron ordinaire; on verse sur ce goudron de l'eau bouillante, puis on laisse reposer pendant la nuit. On a soin de remuer toutes les fois qu'on veut

s'en servir. Les lotions doivent être commencées au sixième mois de la grossesse et faites deux à trois fois par jour sur le mamelon et la plus grande partie des seins. Il faut continuer même quand le mamelon se fendille et devient douloureux. Seulement, quand les douleurs deviennent trop fortes, on suspend pendant quelques jours.

Sulfate de cuivre dans le pain, moyen très-simple pour le faire reconnaître. — Depuis quelques années certains boulangers n'ont pas reculé devant la coupable industrie de mêler des substances vénéneuses dans le pain pour le faire lever plus aisément. La fraude la plus commune consiste dans l'introduction du sulfate de cuivre dans le pain pour lui donner plus d'éclat. Cette sophistication a été enfin découverte, et depuis lors, grâce à la vigilance du conseil de salubrité, elle est devenue assez rare à Paris. Mais en Belgique, où la même surveillance sur les boulangers n'a pas lieu, on signale depuis quelques mois des accidents graves survenus par l'usage du pain ainsi altéré. Le tribunal de Courtrai a, le 28 du mois de novembre dernier, condamné correctionnellement le boulanger Pooter, de Vive-Saint-Éloy, à deux ans de prison, à une amende et à la privation du droit de patente pendant un temps déterminé, comme convaincu d'avoir fait usage de sulfate de cuivre dans la confection du pain. Cette sévérité aura dans ce pays les plus grands avantages, car ce mélange du sel du cuivre au pain se faisait en divers lieux.

Voici du reste un moyen fort simple de s'assurer de l'altération du pain. On laisse tomber une goutte de ferro-prussiate de potasse sur une tranche de pain suspect; qu'il y ait ou non du sulfate de cuivre dans le pain, cette goutte formera une tache, rouge si le pain est frais, bleue s'il ne l'est pas On plonge alors le pain dans de l'eau de chaux. S'il n'y a pas de sulfate de cuivre la tache ne changera pas; mais elle deviendra verdâtre si le pain contient du sel de cuivre. Dans ce cas, si l'on expose le pain à la vapeur du gaz ammoniac, la tache deviendra rouge, puis jaune; puis on la fera revenir au rouge en volatilisant l'ammoniaque, ou en l'exposant à la vapeur de l'acide hydro-chlorique. Lorsque la présence du sulfate de cuivre est ainsi constatée, on peut en déterminer la quantité par les procédés ordinaires.

Expériences sur la rage. — Déjà un assez grand nombre d'articles de ce recueil ont été consacrés à l'histoire de la rage et à son mode de communication; nous avons fait appel à tous les observateurs et nous avons enregistré tous les faits qui nous ont été transmis. M. Bellanger

de Senlis a voulu prouver qu'il n'existait point de virus rabique, que la rage était une affection nerveuse spontanée, dépendante le plus souvent d'une impression morale de terreur. Quelques autres médecins ayant émis la même opinion que M. Bellanger, M. Breschet a cru utile de faire connaître le résultat des observations qu'il a recueillies depuis vingt-cinq ans sur la rage et des expériences intéressantes qu'il a faites touchant le mode de la transmission de cette terrible maladie. La rage, pour M. Breschet est incontestablement contagieuse; elle ne se développe jamais d'une manière spontanée chez l homme : elle est toujours le produit de l'inoculation. Un des faits les plus remarquables que veut prouver M. Breschet, c'est que la rage peut être transmise de l'homme au chien. Il cite à cet égard l'observation d'un jeune homme nommé Surlu, qui mordu trois fois au talon droit par un chien enragé le 10 mai 1813, fut apporté à l'Hôtel-Dieu le 18 juin suivant avec les symptômes de la rage et traité par Dupuytren ; il mourut le lendemain, après avoir éprouvé quelque rémisssion par des injections de quatre et de six grains d'opium dans les veines. Peu d'instants avant la mort de ce malade, il fut recueilli sur des morceaux de linge une assez grande quantité de la salive écumeuse que bavait continuellement le malade. On mit cette salive en contact immédiat avec la surface saignante d'incisions pratiquées à vif vers la région dorsale de deux chiens de taille moyenne. L'opération faite, les plaies furent recouvertes et protégées. L'on transporta les deux animaux en question à la ménagerie du Combat. Malheureusement un de ces chiens prit la fuite ; mais l'autre fut attaché et soigneusement conservé. Trente-huit jours après le 27 juillet, ce chien fut pris tout à coup d'une rage furieuse. On lui fit mordre plusieurs autres chiens qui tous au bout de trente à quarante jours devinrent enragés. La rage fut également transmise par inoculation d'un de ces chiens à d'autres. Ce fait est unique dans les archives de la science, mais il suffit pour démontrer que la rage peut se transmettre par l'inoculation de l'homme au chien. M. Breschet a fait encore d'autres expériences curieuses. Ainsi il a communiqué la rage à un âne par morsure de chien enragé, puis de l'âne, par inoculation souscutanée à deux chevaux. De plus, la bave recueillie chez ces chevaux ou sur l'âne, a communiqué la rage au bout de vingt-cinq à quarante jours aux chiens dans les tissus charnus desquels on l'avait communiquée. Ainsi voilà bien la rage communiquée des carnivores aux herbivores *et vice versa*. Une autre remarque, c'est que le virus rabique ne peut jamais s'inoculer en l'introduisant dans le conduit digestif ni par la transfusion sanguine, c'est-à-dire en introduisant le sang d'un animal enragé dans les vaisseaux circulatoires d'un animal sain. Des expériences

de M. Breschet, il faut conclure : que la rage est toujours communiquée chez l'homme, que jamais elle ne naît en lui spontanément comme dans le genre *canis*; que le préservatif le plus certain de la rage, après morsure, est la cautérisation avec le fer rouge ; que la rage peut s'inoculer artificiellement à l'instar des autres virus, non-seulement du chien au chien et du chien à l'homme, mais de l'homme au chien, mais du chien au cheval et ensuite du cheval au chien ; que le temps d'incubation de la rage a quelquefois varié depuis quarante jours jusqu'à cent jours ; enfin que la bave écumeuse caractérisant la rage paraît plutôt formée par du mucus que par de la salive véritable.

VARIÉTÉS.

Explosion d'un appareil. Mort de M. Hervy. — Un déplorable événement est arrivé le 30 décembre dernier, à l'École de Pharmacie de Paris, et cet événement a coûté la vie à M. Osmin Hervy, de Montauban, préparateur des cours de chimie, jeune savant dont le mérite précoce donnait tant d'espérances. L'on préparait, pour la leçon du lendemain, de l'acide carbonique liquide dans l'appareil de M. Thilorier. Cet appareil se compose de deux réservoirs cylindriques en fonte, de deux centimètres environ d'épaisseur sur un diamètre intérieur de huit à dix centimètres. Chacun de ces cylindres offre une capacité intérieure de quatre litres environ; l'acide carbonique se produit au moyen de la réaction de l'acide sulfurique et du bicarbonate de soude, qu'on introduit simultanément dans l'un des cylindres. On établit ensuite une communication entre ce premier cylindre et le deuxième, et au moyen d'une véritable distillation, l'acide carbonique se rend dans le deuxième cylindre ; dans le premier, reste un résidu de sulfate de soude, qu'on retire pour le remplacer par un nouveau mélange et obtenir ainsi une quantité déterminée d'acide carbonique liquide, quantité qui peut s'élever, comme nous l'avons dit, jusqu'à quatre litres.

Le premier cylindre est porté sur deux tourillons qui le tiennent en équilibre et permettent de lui donner un mouvement très-étendu d'oscillation.

C'est au moment où M. Hervy balançait le cylindre sur les deux tourillons, pour opérer le mélange de l'acide sulfurique et du bicarbonate, que l'explosion a eu lieu. Quatre personnes qui s'occupaient de cette préparation auraient pu être présentes en ce moment. M. Thilorier, qui avait présidé jusque-là au mélange des matières, à la fermeture de l'ap-

pareil, etc., venait de passer dans une pièce voisine; une autre personne, qui aidait à M. Hervy dans cette préparation, venait aussi de sortir; il ne restait auprès du cylindre que M. Hervy et un aide de ses amis : ce dernier a été renversé par l'explosion, mais n'a été atteint par aucun des fragments de la machine; M. Hervy seul a été frappé. L'appareil étant situé sur le sol de la pièce, tout l'effet de l'explosion a porté sur les jambes; elles ont été toutes deux fracturées, et la jambe droite en deux endroits. Les fragments osseux avaient tellement labouré les chairs de ce côté, tant de sang se trouvait épanché sous la peau, que l'amputation dut être pratiquée le lendemain par M. Lisfranc, à l'hôpital de la Pitié, où M. Hervy avait été transporté, vu son voisinage de l'École de Pharmacie. On avait un instant conçu l'espoir de sauver cet intéressant jeune homme, qui n'avait pas encore vingt-cinq ans, mais de nouveaux accidents se sont développés, et il a succombé dans la matinée du 3 janvier.

L'explosion dont M. Hervy a été victime a été accompagnée d'un bruit terrible, qui a retenti dans tout le quartier; les effets ont été tels qu'aurait pu les produire un obus; le carreau, le plafond, les murs, ont été endommagés par les débris de la machine; tous les carreaux des croisées ont été brisés. L'imagination est effrayée des conséquences qu'aurait eues une semblable détonation si elle fût arrivée, ce qui eût été possible, dans une leçon. Il est inutile d'ajouter que cette expérience ne sera plus répétée désormais dans des cours publics.

L'inhumation a eu lieu mardi 5 janvier; le service a été fait dans la chapelle de la Pitié. MM. les professeurs de l'École y assistaient en robe. Plusieurs autres professeurs et savants distingués et une grande partie de la jeunesse des écoles se sont associés à ce deuil de la science.

Le corps a été conduit avec un religieux recueillement au cimetière du Mont-Parnasse, où plusieurs discours ont été prononcés, par M. Bussy, professeur de chimie à l'École de Pharmacie, par M. Véron, collègue d'Hervy à l'École de Pharmacie. On a surtout remarqué la touchante improvisation de M. Janvier, député de Montauban, qui a été l'éloquent interprète des regrets des compatriotes de M. Hervy.

Séance annuelle de l'Académie de médecine. — Le 17 décembre, l'Académie royale de médecine a tenu sa séance publique annuelle. M. Pariset a prononcé l'éloge de Teissier, et pendant une heure a captivé l'assemblée par le charme de sa parole. Jamais son style n'avait paru plus élégant, plus pittoresque, plus coloré. M. Bricheteau a lu un extrait fort intéressant du travail de la commission des épidémies sur

les maladies épidémiques qui ont régné dans différentes parties de la France pendant les années 1838 et 1839.

Voici les noms des auteurs des mémoires qui ont été couronnés par l'Académie :

Prix de l'Académie. — MM. Brière de Boismont et Raeiboski. — Première mention honorable à M. le docteur Henri Lagarde, médecin à Confolens (Charente). — Deuxième mention à M. Gillet de Grandmont, docteur en médecine à Paris.

Prix fondé par M. Portal. — M. Raciborski.

Prix fondé par madame de Civrieux. — M. le docteur Cerise.

—L'Académie met au concours, pour l'année 1842, les questions suivantes :

Prix de l'Académie. — Rechercher les cas dans lesquels on observe la formation d'abcès multipliés, et comparer ces cas sous leurs différents rapports. Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix Portal. — Faire l'histoire raisonnée des progrès dont le système lymphatique, considéré sous les rapports anatomique, physiologique et pathologique, a été le sujet, depuis Morgani jusqu'à nos jours. Ce prix est de 1000 fr.

Prix Civrieux. — Faire l'histoire physiologique et pathologique de l'hypocondrie.

—*Prix de vaccine pour l'année* 1838.—D'après les états transmis par MM. les préfets à l'Académie, le nombre des vaccinations a été en 1838, de 482,851 ; mais ce chiffre ne comprend pas toutes les opérations de ce genre. L'Académie ne croit pas exagérer en évaluant le nombre des vaccinations qui se pratiquent annuellement en France, aux quatre cinquièmes du nombre des naissances.

Au nombre des médecins qui, en 1838, ont pratiqué le plus de vaccinations se trouvent des hommes connus et dont le zèle déjà récompensé par l'Académie, ne peut plus l'être que par des mentions honorables, tels sont : MM. Benoist, à Grenoble; Boissat, à Périgueux; Bonnet, à Coutances; Boucher, à Versailles; Clermont, à Clermont-Ferrand; Labesque, à Agen; Nauche, à Paris; Sellot, à Vesoul.

Le prix de 1,500 fr. est partagé entre : MM. Hervy, D.-M. à Domfront (Orne); Luroth, vaccinateur, à Bischwiller (Bas-Rhin); Roche, vaccinateur, à Caraman (Haute-Garonne). — Des médailles d'or ont été décernées à MM. Ailland, D.-M. à Firminy (Haute-Loire); Gradit, D.-M. à Castillon (Ariége); Leseigneur, D.-M. à Saint-Valéry (Seine-Inférieure); Litschgi, vaccinateur, à Melshein (Bas-Rhin).

— Le nombre des pharmaciens qui ont le droit d'exercer dans le

département de la Seine est de 360, dont 303 à Paris et 57 dans la banlieue.

— Par suite de la mort de M. Esquirol, une place était vacante au conseil de salubrité; M. le docteur Alph. Devergie, médecin à l'hôpital Saint-Louis, a été appelé à la remplir.

— Par décision du conseil royal de l'instruction publique, le concours qui devait avoir lieu le 2 janvier à Strasbourg, pour les deux chai es de pathologie et de clinique externe, est reporté au 2 mai suivant, et sera ouvert, non à Strasbourg, mais devant la Faculté de médecine de Paris.

PRIX DU BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE POUR 1841.

Désireux de resserrer les liens de confraternité scientifique qui nous unissent aux praticiens des départements, nous avons établi en 1839 un concours dont le *Bulletin de thérapeutique* a fait les frais. Ce concours fut riche en travaux : neuf mémoires furent soumis à la commission ; et M. le ministre de l'Instruction publique, appréciant l'utilité de l'institution de nos prix, voulut lui donner une marque flatteuse d'encouragement et une haute sanction administrative, en ordonnant que les médailles d'or et d'argent et les livres fussent remis aux médecins couronnés par MM. les préfets des départements.

Le succès de cette innovation, les approbations qui nous en sont revenues de toutes parts, étaient trop honorables pour que nous voulussions laisser notre œuvre imparfaite. Aussi nous avons résolu d'ouvrir un concours nouveau pour 1841, avec les mêmes conditions que pour l'année 1839.

Nous annonçons donc pour 1841 deux prix en faveur des deux meilleurs mémoires de thérapeutique médicale ou de thérapeutique chirurgicale qui nous seront adressés par les praticiens des départements.

Ils consistent : 1° en une médaille d'or, de la valeur de *cent cinquante francs*, et une collection richement reliée du *Bulletin de thérapeutique* (vingt volumes);

2° En une médaille d'argent et une collection du même journal.

Les Mémoires qui approcheront le plus des deux premiers seront, comme ceux-ci, insérés en totalité ou par extraits, et il sera accordé à leurs auteurs, à titre d'accessit, une année d'abonnement gratuit.

Les médecins de Paris et les collaborateurs sont exclus du concours.

Les Mémoires devront être remis au bureau du *Bulletin de thérapeutique*, rue Sainte-Anne, n. 25, avant le 1er octobre 1841. Ils porteront chacun une épigraphe ; le nom de l'auteur sera renfermé dans un billet cacheté où l'épigraphe sera répétée.

Nous ferons prochainement connaître dans notre journal la composition du jury, pour l'examen des Mémoires et le jugement des prix.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

REMARQUES SUR QUELQUES POINTS DES MALADIES SATURNINES ET SUR LE TRAITEMENT DE CES MALADIES.

Un travail des plus remarquables s'accomplit aujourd'hui dans l'esprit de la plupart des observateurs. A mesure qu'une appréciation plus vigoureuse des faits, dont se compose la science, ramène à sa juste valeur la théorie de la localisation anatomique, les maladies générales appellent et préoccupent plus fortement l'attention. Dans ce travail de révision des anciennes théories humorales, il était impossible que l'état morbide général essentiellement constitué par l'intoxication saturnine ne fixât pas d'une manière particulière l'attention des observateurs; aussi les recherches n'ont-elles pas manqué sur ce point intéressant de pathologie. Comme les deux grandes idées modernes, l'anatomisme et le physiologisme, avaient soumis à leur loi exclusive l'intoxication saturnine, ainsi que toutes les autres affections du même type, il a fallu tout d'abord, par des observations rigoureuses, démontrer que cette maladie se dérobait également à l'étiologie générale de l'une et l'autre doctrine. Ce travail de critique ne fut point difficile, car il n'y avait, sur ce point, que des travaux sans portée comme sans valeur. Mais il fallait aller plus loin; le poison saturnin une fois introduit dans le sang, circulant avec ce liquide dans la trame des divers appareils, et modifiant ainsi et les tissus et les forces qui leur distribuent à chacun leur vie spéciale, il fallait porter le flambeau de l'analyse dans l'étude des phénomènes variés par lesquels se manifeste l'empoisonnement par le plomb; réunir ces phénomènes par groupes naturels, en faire autant d'états morbides spéciaux ayant chacun leur physionomie distincte, bien que relevant tous d'une cause identique. Les travaux des médecins avaient jusqu'ici laissé beaucoup à désirer à cet égard. La physionomie symptômatique par laquelle se traduisait presque uniquement pour eux l'infection saturnine, était la colique métallique; la paralysie était encore par quelques-uns d'entre eux rattachée dans certains cas à cette même cause; mais ces vues étaient vagues, tout cela manquait de liaison scientifique, la pratique manquait d'un point d'appui fixe et invariable. De tous les observateurs modernes, M. Tanquerel des Planches, il est juste de le reconnaître, est celui qui a fait les études les plus complètes sur l'ensemble des maladies de plomb; nous regrettons, nous devons le dire ici, que ce jeune médecin se soit fait la part un peu forte dans les découvertes faites sur ce sujet, et qu'il n'ait point

rendu suffisamment justice à des médecins tels que Laennec, MM. Pariset et Miquel, qui, par leurs recherches et par les vues générales qu'ils ont émises sur le sujet qui nous occupe, lui avaient au moins rendu plus facile la route qu'il a parcourue après eux. Mais ce sont là des questions de priorité qui ne sauraient faire avancer d'un pas la médecine, et que nous nous hâtons d'abandonner pour revenir sur le terrain de la science.

Il n'est personne aujourd'hui qui n'admette, avec les observateurs modernes qui se sont occupés avec suite des maladies de plomb, que l'infection générale qui existe à l'origine de ces diverses maladies, ne donne naissance, lorsqu'elle ne s'épuise point d'elle même, à divers groupes de phénomènes tout à fait distincts l'un de l'autre. Ces divers groupes symptômatiques sont, suivant les dénominations justes de M. Tanquerel, outre la colique de plomb, la paralysie des membres supérieurs ou inférieurs, différentes espèces d'anasthésie, telles que l'abolition plus ou moins complète de la sensibilité d'une portion plus ou moins étendue de la peau, l'amaurose, la surdité. Enfin diverses formes de maladies cérébrales comprises sous le nom générique d'encéphalopathie saturnine. Quelque large que soit ce cadre, nous croyons qu'il n'épuise point encore tous les modes pathologiques par lesquels s'exprime la pénétration du plomb dans l'économie. Nous croyons qu'il y a une lacune à remplir dans cette nomenclature; nous l'indiquerons, en nous appuyant sur les faits, et en même temps nous signalerons quelques phénomènes dans les maladies saturnines, sur lesquels on n'a point suffisamment fixé son attention, et qui, rigoureusement interprétés, peuvent être la source d'enseignements importants.

Il est un certain nombre de signes qui, indépendamment des phénomènes morbides proprement dits, sont considérés par un grand nombre d'auteurs comme propres à révéler la présence du plomb dans l'organisme. M. Tanquerel a désigné l'ensemble de ces signes sous le nom d'intoxication saturnine primitive. Cette dénomination n'est point juste, puisque ces mêmes phénomènes peuvent survivre aux diverses maladies de plomb, dont ils ont pu annoncer l'imminence, et rester pendant un temps plus ou moins long comme expression de la permanence du poison au sein de l'organisme, après que toute maladie proprement dite a disparu. Nous disons, nous, qu'outre ces signes, dont quelques-uns très-réels, forment comme le cachet extérieur de la contamination de l'économie par le plomb, et longtemps après même qu'ils se sont complétement effacés, il reste, dans certains cas, du côté du système nerveux céphalo-rachidien ou ganglionnaire, une disposition morbide fort intéressante à étudier, et que nous n'avons trouvée signa-

lée nulle part. Les faits suivants, que nous allons esquisser rapidement, vont montrer les traits principaux par lesquels se manifeste cette disposition.

M. Pet..., peintre en décors, habitant près le Jardin-des-Plantes, où il a fait d'importants et nombreux travaux, a exercé sa profession pendant trente ans environ. Pendant les quinze dernières années de ce laps de temps, il ne s'est point passé six mois sans qu'il ne ressentît de violentes coliques, et tout le cortége des symptômes qui accompagnent cette forme de la maladie saturnine dans sa manifestation la plus grave. Depuis dix ans, M. P..., qui jouit d'une belle fortune, a cédé son établissement, et s'est complétement soustrait à l'influence si pernicieuse pour lui des émanations du plomb. Rien n'annonce que l'économie ne se soit complétement débarrassée des molécules sous l'empire desquelles elle est demeurée si longtemps. Rien de semblable à l'ictère saturnin ne s'observe du côté de la peau ; les gencives, les dents, ont leur coloration normale : ces dernières seulement présentent à leur base une couche légère de tartre, qu'il est si commun de rencontrer, ce qui n'a nul rapport avec la coloration saturnine. Mais, si toute trace matérielle de la présence du plomb dans l'organisme a disparu, il est resté du côté du système nerveux et d'autres organes une impressionnabilité morbide des plus remarquables. C'est ainsi, par exemple, que M. P... ne peut séjourner quelques instants dans un appartement dont la peinture n'est point parfaitement sèche, sans ressentir à l'instant même des douleurs abdominales qui lui rappellent tout à fait celles que développait la colique métallique. Dernièrement encore il nous disait avoir ressenti des pincemets d'entrailles avec rétraction du ventre, pour n'avoir fait que causer quelques instants dans une maison avec l'un de ses anciens ouvriers revêtu de ses habits de travail. Enfin, telle est la susceptibilité de M. P... vis-à-vis des préparations de plomb, que vingt fois il a remarqué que la sensibilité de ses entrailles accusait la présence de celles-ci, à une distance où les émanations pénétrantes de l'essence de térébenthine, qui les accompagne presque toujours, échappaient à la perception de son odorat. Une chose aussi qui mérite d'être notée, c'est qu'il n'y a point que les émanations de plomb qui produisent cet effet, toute effluve d'une odeur désagréable amène le même résultat, et avec la même promptitude. Si l'on conservait quelque doute sur la spécificité de cette sensibilité morbide, si nous pouvons ainsi dire, il serait difficile de douter encore, après avoir lu ce qui suit : en même temps que ces douleurs d'entrailles se développent, les parois abdominales, comme nous l'avons dit déjà, s'affaissent et se rétractent : les cordons testiculaires, les testicules eux-mêmes, qui autrefois participaient à l'état

morbide de l'intestin, s'associent également à ces recrudescences de l'ancien mal. D'un autre côté M. P... est resté constamment soumis à une constipation opiniâtre, et qui l'oblige presque constamment à employer des moyens artificiels pour provoquer des garde-robes. Il est egalement resté sujet à un symptôme qu'on observe fréquemment dans les maladies saturnines, l'insomnie. Enfin, un dernier phénomène fort remarquable que nous présente cet homme, c'est un froid habituel des plus intenses dans les membres inférieurs. Faisons un moment abstraction des douleurs abdominales provoquées chez M. P... par des causes aussi légères que celles que nous venons de signaler; ne considérons pour un instant que l'attitude morbide, qu'il faut bien que nous reconnaissions derrière ces effets. Rapprochons cette condition pathologique de l'état de constipation habituelle, de l'insomnie opiniâtre du malade, rappelons-nous également cette singulière modification de la calorification dans les membres inférieurs que nous rencontrons également chez lui, il deviendra difficile alors, nous le croyons, de ne point admettre qu'un lien pathologique rapproche et tient enchaînés les uns aux autres ces divers phénomènes. Or, quel est ce lien, ou plutôt quelle est la modification morbide qui produit ces phénomènes et se les subordonne d'une manière si évidente? Cette modification, cette cause, réside, selon nous, dans le système nerveux, et elle est à son tour un effet de l'influence que les particules de plomb ont jadis exercée sur ce système. En quoi maintenant consiste cet état ou cette modification des propriétés du système nerveux? Nous ne le saurions dire à coup sûr. Mais de telles conditions s'assimilent d'elles-mêmes à ces idiosyncrasies physiologiques si singulières, qu'on rencontre chez quelques individus, et qui font que l'un ne peut sentir certaines odeurs sans défaillir, l'autre ne peut voir certains animaux des plus inoffensifs sans être frappé de terreur, etc.

Des quelques malades que nous avons observés du point de vue dont il s'agit en ce moment, M. P... est sans contredit celui chez lequel cet état morbide, ou, si l'on veut, cette aptitude morbide spécifique, s'est traduit à notre observation par les traits les plus saillants. Voici cependant encore un cas dans lequel les choses se dessinent aussi assez nettement. Ce cas est relatif à un ancien militaire qui, après avoir exercé la profession de peintre en bâtiments jusqu'à l'âge de trente et un ans, fut forcé de l'abandonner par suite de coliques violentes, qui se renouvelaient avec une fréquence désespérante. Sans moyens d'existence, ne sachant que devenir, il s'engagea. Or cet homme, bien que soustrait dans cette carrière nouvelle à l'influence des émanations saturnines, n'en conserva pas moins pendant de longues années une impressionna-

bilité des plus remarquables des entrailles, avec une constipation qui l'embarrassait fort dans ses courses à travers l'Europe, et qu'il ne parvint à diminuer qu'en changeant d'armes, et en entrant dans la cavalerie. Comme le malade dont nous avons parlé plus haut, il était fort sensible aux odeurs mauvaises, comme celles qui s'exhalent d'un égout qu'on vide par exemple; s'il restait soumis à l'influence de cette cause un peu de temps, il était pris rapidement de douleurs abdominales, et d'une constipation qui durait plusieurs jours de suite. Bien que fortement constitué, il se fatiguait aisément; et cette fatigue portait surtout sur le pli des articulations, qui devenaient douloureuses dans le mouvement et sur les muscles, qui devenaient en même temps le siége d'une sorte de tension clonique. Là encore n'y a-t-il point quelque chose de spécial? ne pourrait-on affirmer que l'infection saturnine à laquelle cet homme a été si longtemps en proie n'a laissé dans le système nerveux une disposition de nature indéterminée, à laquelle peuvent se rattacher les phénomènes que nous venons d'indiquer?

Nous ne prétendons nullement que ce que nous venons de dire sur ce sujet intéressant suffise pour combler la lacune que nous avons cru remarquer sur ce point dans la science; nous sommes convaincu qu'il y a là quelque chose à faire, et nous avons cherché à le prouver par les faits, voilà tout. Maintenant, avant de finir, nous voulons encore présenter quelques remarques sur un phénomène des maladies saturnines qu'on a presque laissé dans l'ombre, et qui nous paraît digne d'une très-grande attention, parce qu'il pourrait légitimer quelques tentatives thérapeutiques qui ne nous paraissent point avoir été faites.

Si nous avons bien lu, dans le mémoire de M. Mérat, dans les deux volumes de M. Tanquerel, nulle part il n'est question de sueurs survenant comme crises dans une forme quelconque des maladies saturnines. Nous craignons que les théories médicales qu'ont adoptées ces observateurs, ou plutôt l'hostilité systématique dans laquelle ils se tiennent, le dernier surtout, vis-à-vis de la théorie qui compte un peu sur les efforts de l'organisme dans la solution des maladies; nous craignons, disons-nous, que cette hostilité systématique ne leur ait point permis de saisir ce qui n'eût point échappé à une vue moins distraite, car on ne peut se lasser de le redire, on ne voit bien que ce qu'on regarde. Quoi qu'il en soit à cet égard, ce qui est bien certain toujours, c'est que ce point thérapeutique, qui a bien son importance pourtant, a été à peine effleuré par les deux médecins que nous venons de citer. M. Tanquerel se borne à cet égard à rappeler que Fischer a prétendu qu'une éruption exanthématique pouvait brusquement guérir la colique de plomb, que Lepois a parlé de sueurs et d'hémorragies comme

crises de la colique; ses propres observations ne lui permettent point d'admettre ces assertions : « Nous ne pouvons regarder comme critiques, dit-il, ces phénomènes morbides que nous venons de signaler, et qui se sont développés pendant le cours de la colique. » En effet, la guérison de cette dernière n'a pas coïncidé avec l'apparition instantanée de ces accidents. Ce sont de simples complications, et non des phénomènes critiques. Voici à notre tour ce que nous savons à cet égard : M. P..., dont nous avons rapporté plus haut l'observation, sous le rapport des phénomènes consécutifs de l'intoxication saturnine, a éprouvé pendant quinze ans trente ou quarante atteintes de colique métallique; or, il n'est pas une seule de ces nombreuses attaques dont la cessation complète, absolue, presque instantanée, n'ait coïncidé avec l'apparition de sueurs dont le caractère critique ne saurait être révoqué en doute. Ces sueurs, en effet, étaient excessivement abondantes, presque constamment elles se développaient au moment où les douleurs abdominales atteignaient leur plus haut degré d'intensité. A partir de ce moment, une détente manifeste avait lieu, les douleurs se calmaient, et le malade, qui jusque-là ne pouvait ingérer la plus petite quantité d'un liquide quelconque sans que l'estomac ne le rejetât à l'instant même, conservait dès lors les boissons qu'il prenait. Si l'on refuse à cet ensemble de phénomènes, à leur mode de développement, à leur influence sur les troubles morbides au milieu desquels ils apparaissent, le nom de crise, nous avouons qu'on est parfaitement en droit de regarder comme une pure chimère, comme une rêverie de l'imagination, la doctrine que tant d'hommes illustres ont enseignée sur ce point. Mais, nous le répétons, quand on étudie les faits (nous ne parlons dans ce moment que de cette manière de procéder dans la logique des sciences), sans préoccupation systématique, il nous paraît impossible de ne voir là qu'un simple phénomène de coïncidence sans action médicatrice sur la maladie.

Dernièrement encore nous avons eu occasion d'observer dans les salles de notre ancien et bien-aimé maître, M. le professeur Andral, un cas de maladie de plomb dans lequel l'apparition de sueurs a également coïncidé avec une rémission marquée des symptômes les plus graves. Cet homme, couché au n° 4 de la salle Saint-Louis, présentait la forme d'encéphalopathie saturnine, caractérisée par l'apparition alternative du délire et de la somnolence. Le premier et le second jour de son entrée à l'hôpital, il n'offrait à l'observation rien de plus que des coliques assez légères, avec constipation, et quelques vagues douleurs dans les articulations. On combattit ces accidents par l'émétique en lavage, qui ne produisit que fort peu d'effet : et bientôt le délire

se déclara. Le premier jour le délire est continu, rien ne peut fixer la pensée du malade. Le lendemain viennent les alternatives de délire et de somnolence; le troisième jour enfin, il a déliré une partie de la nuit, puis il s'est endormi; nous le trouvons dans cet état lorsque nous le visitons le matin : la face est couverte de sueurs, le linge qui recouvre le corps est moite au toucher. Il s'éveille de lui-même pendant que nous l'observons; il promène ses yeux çà et là comme un homme qui cherche à reconnaître le lieu où il se trouve. Aux questions que nous lui adressons, il ne répond point constamment juste; une demi-heure plus tard, nous le revoyons avec M. Andral : le malade est complétement éveillé, si nous pouvons ainsi dire; il répond juste à toutes les questions qui lui sont faites; dès lors il a irrévocablement recouvré la lucidité de son intelligence. Dans ce cas encore, qui est-ce qui pourrait affirmer que le développement des sueurs, que nous venons de signaler, n'a exercé aucune influence sur la résolution du mal, que nous voyons finir en même temps que ce phénomène apparaît? Il y a d'autant plus d'opportunité à agiter aujourd'hui la question dont il s'agit en ce moment, que les observateurs modernes ont constaté un résultat bien remarquable sous le rapport des différents modes de terminaison des formes diverses de l'encéphalopatie saturnine. Il résulte, en effet, des observations que les anciens nous ont laissées sur les formes cérébrales des maladies de plomb, que la mort était presque constamment la suite des accidents graves. M. Rayer, frappé de ce résultat et jugeant que les médications suivies en pareil cas n'étaient peut-être point étrangères à ce mode funeste de terminaison, abandonna la maladie à elle-même Or, voici ce qui arriva de cette pratique : sur trente-quatre malades présentant les diverses formes cérébrales de la maladie saturnine, soignés d'après cette vue, un seul succomba. Or, s'il résulte de cet enseignement précieux que la force médicatrice inhérente à l'organisation est plus puissante que l'art dans les formes les plus graves des maladies de plomb, n'en résulte-t-il pas aussi que les phénomènes critiques, qui sont l'expression de cette force agissante, forment ici un sujet d'étude plein d'intérêt? Qu'on suive dans cet esprit la marche des maladies saturnines, et nous nous persuadons qu'on saisira des résultats qui ont dû nécessairement se dérober à des observateurs préoccupés d'idées trop exclusives. Dans le fameux traitement de la Charité, que nous dédaignons du haut de notre supériorité, les tisanes sudorifiques étaient quotidiennement employées; Desbois de Rochefort, qui avait bien observé quelques coliques métalliques, estimait que l'expulsion du poison avait lieu par la peau; c'est qu'apparemment il n'avait point constamment trouvé la peau sèche. Pour nous, nonobstant des faits

nombreux, que tout le monde peut observer, nonbstant de graves et d'importants témoignages, nous persistons, malgré les indications évidentes de la nature, à n'employer dans les maladies saturnines aucune médication diaphorétique : les bains même simples et médicamenteux, qui certainement exercent une incontestable action sédative sur la névralgie métallique abdominale, ne figurent pour rien dans la longue énumération des moyens tour à tour tentés contre cette maladie. Il y a là, nous le répétons, une lacune réelle dans la science, nous avons cru bon de la signaler, et en même temps d'appeler l'attention des médecins sur un ordre de faits jusqu'ici restés dans l'ombre, et qui pourront guider ceux qui, à l'avenir, essaieraient de remplir cette lacune.

Max. Simon.

NOTE SUR QUELQUES CAS D'HÉMOPTYSIE ET SUR LEUR TRAITEMENT.

Toutes les hémoptysies ne dénotent pas la présence de tubercules dans les poumons. A cet égard, les médecins du commencement de ce siècle ont exagéré beaucoup la gravité de cette hémorragie; heureusement nous sommes en mesure de remonter à la cause de cette exagération. La plupart d'entre eux, pratiquant dans les grandes villes, et à Paris spécialement, où les affections tuberculeuses, compagnes assez fidèles des maladies lymphatiques, règnent très-communément, se sont trouvés fréquemment face à face avec une affection qui y est endémique, et sont partis de là pour mettre sur son compte la presque totalité des crachements de sang. Ils auraient moins généralisé leurs considérations, s'ils avaient étendu leur recherche dans d'autres régions; à Paris même et dans les autres grandes villes, on rencontre d'ailleurs une foule d'hémoptysies indépendantes de la désorganisation tuberculeuse, qui guérissent conséquemment ou conduisent à la catastrophe par une toute autre voie que la cicatrisation ou la fonte des tubercules. Des exemples assez nombreux de l'espèce d'hémorragie dont nous parlons se sont présentés aux praticiens de la capitale dans le cours de l'hiver rigoureux de cette année. Nous allons en reproduire deux ou trois très-remarquables où l'on verra clairement ce qui les caractérise, ce qui les distingue, et comment on en vient à bout.

Obs. I. R., professeur d'escrime, âgé de quarante-quatre ans, très-irritable et d'une constitution délicate, a eu jadis une pleuropneumonie dont il a été guéri complétement. Dans le courant de janvier dernier, à la suite des alternatives réitérées de fortes gelées et de

dégels subits qui ont caractérisé notre hiver, il fut pris d'un catarrhe pulmonaire, qu'il ne soigna point; au contraire, il continua les exercices de sa profession fatigante. Le soir du 26 janvier, au retour de ses leçons d'escrime, dans un grand établissement, et après avoir eu les pieds trempés par suite du long dégel de ce mois, il éprouva tout à coup, au milieu de secousses vives de toux, un crachement de sang assez abondant pour en remplir un mouchoir. Rentré chez lui, le malade m'a fait appeler, et je l'ai trouvé dans l'état suivant : face animée, respiration un peu gênée, soif, pouls large peu résistant, peau chaude et moite; le malade était tourmenté, en outre, d'une grande inquiétude morale. Il accusait aussi une douleur pleurodynique au-dessous des fausses côtes du côté gauche. L'exploration de la poitrine me fit constater de la matité et un râle à grosses bulles à la base du poumon du même côté. La toux, difficile, amenait de temps en temps de larges crachats composés d'une matière muqueuse claire, mousseuse, fortement colorée par un sang d'un rouge vif. Je prescrivis immédiatement une quinzaine de sangsues au creux de l'estomac, un cataplasme émollient sur le point pleurétique, un calme parfait et une infusion chaude de fleurs de coquelicots. Aussitôt après l'application de sangsues, l'expectoration changea de caractère, les crachats devinrent plus épais, plus liés, et ils montrèrent beaucoup moins de sang. La nuit fut sans sommeil, quoique parfaitement calme. Le lendemain la toux était moindre, l'expectoration formée d'une matière muqueuse épaisse, contenant très-peu de sang. La fièvre elle-même avait presque entièrement cessé, et le malade avait repris de la confiance. La diète et l'infusion chaude furent continuées, et on prescrivit de plus deux onces d'huile de ricin. Ce laxatif produisit cinq ou six garde-robes abondantes qui emportèrent la douleur située sur les fausses côtes, en diminuant en même temps la toux et l'expectoration. La nuit suivante fut très-bonne, et le troisième jour la fièvre avait entièrement cessé. La toux était devenue de plus en plus rare, l'expectoration n'offrait aussi qu'une matière muqueuse, épaisse et brune. Une seconde purgation avec l'eau de sedlitz, administrée le quatrième jour, achève de résoudre l'engorgement du poumon en ne laissant de la maladie précédente qu'un peu de toux rare, suivie d'une expectoration muqueuse insignifiante. Cette toux a continué depuis, sans préjudice d'ailleurs du rétablissement de toutes les fonctions.

Ici nous touchons du doigt la cause de cette hémoptysie. Aucune circonstance dans la structure ni dans les dispositions héréditaires du sujet ne trahissait l'existence de tubercules. Son hémoptysie était la suite d'un catarrhe bronchique ordinaire qui, à raison du genre d'occupation habituelle, avait appelé sur la surface muqueuse pulmonaire un en-

gorgement sanguin. L'écoulement du sang au dehors ni l'engorgement n'offraient rien de bien intense; les fonctions respiratoires n'étaient pas non plus beaucoup troublées; l'hémorragie elle-même semblait se faire plutôt par un suintement à travers la muqueuse du poumon que par la rupture des vaisseaux sanguins de cet organe. La facilité avec laquelle cette hémoptysie a guéri, confirme la vérité de notre diagnostic. En effet, il a suffi d'une application d'une quinzaine de sangsues pour tarir presque en entier la source de l'hémorragie, et de l'administration de deux purgatifs doux pour dissiper l'engorgement du tissu pulmonaire. A l'époque où nous sommes arrivé auprès du malade, quoique le crachement de sang n'eût commencé que depuis sept à huit heures, la fluxion hémorragique nous a paru déjà suffisamment fixée, ce qui nous a déterminé à l'attaquer sur place par des dérivatifs, au lieu d'avoir recours à des émissions sanguines générales, à titre de saignées révulsives. Nous aurions dû agir autrement si la violence des symptômes ou l'abondance de l'hémorragie nous eussent révélé une fluxion beaucoup plus active. Cependant, dans les cas de ce genre même, il faut être très-circonspect, et beaucoup plus circonspect qu'on ne l'est pour l'ordinaire dans l'emploi des émissions sanguines. Les hémorragies de cette espèce ne consistent pas seulement dans la sortie du sang par le tissu des poumons : ce n'en est là que la première scène. Elles consistent surtout dans un engorgement plus ou moins étendu, plus ou moins profond de l'organe pulmonaire, engorgement qui ne se résout point, et peut donner lieu aux plus formidables accidents, si on a l'imprudence de jeter le malade dans un affaiblissement trop grand, soit par une diète trop longue ou trop sévère, soit par des déplétions sanguines trop fréquentes ou trop copieuses. Nous ne saurions trop ouvrir les yeux des praticiens sur ce point de la thérapeutique des hémorragies des poumons, car il est certain qu'un grand nombre de ces hémorragies dégénèrent en engorgements chroniques mortels, quand on s'obstine, comme on le fait encore trop souvent, à poursuivre la fluxion préliminaire par des saignées trop répétées ou trop abondantes. Nous n'avons pas besoin d'insister sur le bon effet des douces purgations. On a vu avec quel succès elles ont opéré dans le cas présent. Mais il ne faut pas y recourir dès le commencement. Le moment le plus opportun, c'est lorsque la fluxion est fixée; plus tôt, elles aggraveraient le mouvement fluxionnaire. Le moment de leur administration, c'est l'instant de la chute de la fièvre seulement. Alors, on les répète souvent avec avantage, comme il est arrivé chez le sujet en question.

Voici un second exemple d'hémoptysie analogue à la précédente, et beaucoup plus menaçante. Il appartient à M. Double. On va voir avec

quelle sagacité, avec quelle sagesse, l'habile praticien de Paris a su faire face à tous les accidents. Nous le reproduisons dans cet article comme un modèle à suivre par tous les médecins, et parce que nous avons été en position d'en observer toutes les phases.

Obs. II. Madame F..., âgée de trente-quatre ans, grande, très-sensible, sujette aux mouvements fluxionnaires du côté de la tête et de la poitrine, d'ailleurs régulièrement conformée, quoique la poitrine soit délicate et qu'elle porte une disposition héréditaire aux maladies du cœur, éprouvait depuis quelque temps un catarrhe pulmonaire, lorsqu'elle imagina, pour s'en débarrasser, de prendre une purgation en pilules composée avec du drastique à petite dose. Il y avait trois jours qu'elle usait de cette purgation, sans autre effet qu'une augmentation de la toux, lorsque le 7 septembre dernier, à cinq heures du soir, en sortant de table, elle rejeta tout à coup, par l expectoration, au milieu des éclats d'une petite toux, plusieurs gorgées d'un sang pur, écumeux et rutilant. La quantité de sang fournie par cette première expectoration peut être évaluée à quarante grammes. Cette première attaque dura deux ou trois minutes; l'hémorragie se modéra, ensuite la malade n'expectorait plus par intervalle que des crachats sanglants; du reste, il n'existait aucun autre symptôme, ni oppression, ni fièvre, ni chaleur. Deux heures après, une nouvelle expectoration, en tout semblable à la première, se déclara aussi spontanément. La nuit suivante, il y eut seulement quelques crachats de sang pur et rutilant; les intervalles furent remplis par un bon sommeil, et il n'y eut, pas plus que précédemment, ni fièvre, ni douleurs de poitrine, ni oppression; la seule sensation anormale était une aridité extrême le long des bronches jusqu'à la gorge.

Le deuxième jour, à sept heures du matin, hémorragie pulmonaire semblable aux deux crises déjà décrites. M. Double, appelé immédiatement auprès de la malade, prescrivit une saignée de douze onces au bras, un repos parfait, une décoction de salep concassé en boisson et la diète absolue; la saignée pratiquée sur-le-champ au bras droit est très-bien supportée, le sang se coagule presque aussitôt après sa sortie, et, sur un caillot bien épais, bien distinct et bien résistant, se forme une croûte de couenne épaisse de quelques lignes; quelques instants après la saignée, le pouls se développe et s'accélère un peu sans être toutefois trop résistant; la peau s'échauffe aussi un peu, et les urines, qui étaient restées limpides, et comme en parfaite santé, se foncent notablement; les crachats de sang pur et rutilant continuent par les efforts d'une toux trachéale le reste du jour et la nuit suivante, avec des intervalles de sommeil. Une nouvelle hémorragie, comme la précédente,

survient vers minuit; après quoi, crachats sanglants mêlés de salive et de mucosités opaques. Nouvelle hémorragie à sept heures du matin; une seconde saignée de huit onces est pratiquée ce jour-là, et le sang est dans le même état que précédemment; looch blanc, toujours diète et même boisson; vers sept heures, autre hémorragie, et, dans l'intervalle, crachats sanglants. Cette seconde saignée détermina une légère syncope.

Le lendemain, quatrième jour de maladie, on prescrit douze sangsues à l'anus, et quatre heures après, un cataplasme synapisé à une cuisse, transporté à l'autre cuisse après l'effet du premier; ce jour même, diminution des crachats; ils sont dès lors d'un rouge plus clair, enveloppés d'une matière muqueuse opaque et plus moulés; la nuit, toux fatigante, plus profonde, nullement trachéale, amenant, au milieu d'une espèce de quinte pénible, des crachats numulaires, plus petits que les derniers, mêlés de sang plus ou moins clair; les sangsues ont saigné abondamment.

Cinquième jour: looch avec quinze grammes sirop diacode, à prendre par cuillerées toutes les demi-heure; la toux s'apaise, crachats moins tenaces, langue un peu chargée, quelques coliques, pouls toujours un peu fréquent, peau un peu chaude, expectoration presque nulle, toux humide; la nuit bonne, interrompue seulement deux ou trois fois par la toux; la matière de l'expectoration est variée; en général, les crachats sont d'un rouge plus clair, moins tenaces, et présentent des nuances qui varient du rouge au jaune; ils sont aussi moins abondants et moins volumineux.

Sixième jour: trente-cinq grammes de sulfate de soude dans un verre d'eau, en une seule fois. Cette purgation a amené sans coliques cinq ou six garde-robe bilieuses. Depuis la veille, la malade est à l'usage de bouillons légers, trois ou quatre par jour jusqu'au huitième jour, où on lui a permis un peu de poisson. Depuis, la malade s'est rétablie lentement, et il est resté un enrouement notable, de la toux, une expectoration de matières muqueuses épaisses, avec un noyau d'une couleur brune; son appétit et son embonpoint ont repris insensiblement malgré la persistance de ces symptômes; cependant, dans le cours du mois de février, elle rendit des crachats avec quelques filets de sang, et ces jours derniers, quatre ou cinq crachats de sang pur. Elle a été mise successivement à l'usage du lait d'ânesse et des eaux Bonnes naturelles; elle a porté aussi un emplâtre de poix de Bourgogne pendant un mois, dans le but d'enlever le reste de toux et d'expectoration; mais la rigueur de la saison s'est opposée jusqu'ici à la dissipation de ces symptômes. Tout fait espérer que les beaux jours et l'habitation à la campagne achèveront le rétablissement et ramèneront la santé.

L'hémoptysie dont nous venons de raconter l'histoire était beaucoup plus grave que la première, et a exigé aussi un appareil thérapeutique beaucoup plus compliqué. Dans les premiers jours, lorsque le mouvement fluxionnaire entraînait violemment le sang vers l'organe pulmonaire, les émissions sanguines générales l'ont détourné. Un peu plus tard, les sangsues à l'anus et les cataplasmes synapisés ont réussi à plus forte raison à dégager la poitrine; enfin, les douces purgations dont on a usé à deux reprises avaient pour objet de compléter le dégorgement des poumons. La saison si rigoureuse que nous venons de traverser s'est opposée seule au plein succès de l'habile médication de M. Double; et pourtant, en dépit de ces circonstances atmosphériques, que nulle puissance au monde n'est capable de maîtriser, l'amélioration a fait tous les progrès qu'elle pouvait faire, puisque les forces et l'embonpoint sont revenus, que tout ressentiment fébrile s'est évanoui, et qu'un appétit franc, accompagné de digestions irréprochables, témoigne de la solidité de ces progrès. Au temps donc à sanctionner les efforts de la médecine, car Hippocrate a dit, et l'expérience du siècle le confirme, *que les êtres vivants, en butte aux influences atmosphériques, sont souvent contraints de se soumettre à l'empire de leurs effets.*

UN MOT SUR LA COQUELUCHE RÉGNANTE ET SUR SON TRAITEMENT.

Le vent semble, dans ce moment, souffler à la coqueluche. Cette affection est depuis deux ou trois semaines très-commune à Paris, comme le savent tous les praticiens un peu répandus; et, à l'hôpital Necker, presque tous les enfants qui se trouvent dans le service des nourrices de M. le professeur Trousseau, en ont été ou en sont atteints. C'est donc une véritable épidémie dont le règne commence. Comme cette maladie, assez bénigne dans la plupart des cas, peut devenir plus générale et prendre un caractère de gravité, il est, nous croyons, important d'attirer l'attention des médecins sur ce point.

Sydenham disait qu'au début d'une épidémie il ne savait que faire; qu'il étudiait d'abord le caractère que prenait la maladie, et que ce n'était que par des tâtonnements qu'il pouvait arriver à déterminer le plan de conduite qu'il devait suivre pendant le reste de la durée de l'épidémie. C'est donc dans le but de jeter quelques lumières sur ce point de pratique que nous nous livrons aujourd'hui à l'examen des faits observés à l'hôpital Necker.

Et d'abord, nous devons dire qu'il s'agit ici de la coqueluche chez des enfants presque tous encore à la mamelle, c'est-à-dire âgés de moins

d'un an. Tandis qu'en lisant l'histoire des diverses épidémies qui ont régné depuis que cette maladie est décrite, on peut voir que la statistique, lorsqu'elle a été faite, portait sur des enfants un peu plus âgés ; ainsi, sans remonter bien loin, sur cent trente enfants dont M. Blache a compulsé l'histoire, on en comptait cent six depuis l'âge d'un an jusqu'à sept, et vingt-quatre seulement de huit à quatorze. Il sera donc très-curieux de savoir, en comparant les observations lorsque l'épidémie sera terminée, quelle est l'influence d'un âge aussi tendre sur la marche de cette maladie. Mais c'est un point que nous ne pouvons encore résoudre, et pour lequel nous attendrons.

On définit généralement la coqueluche : une toux convulsive régnant le plus ordinairement épidémiquement parmi les enfants, contagieuse, débutant comme la fièvre catarrhale, revenant par paroxysmes ou quintes, dans lesquelles plusieurs mouvements d'inspiration se succèdent avec une grande rapidité, et sont interrompus par une inspiration longue et retentissante La coqueluche peut exister sans fièvre aucune, sans que la santé de l'enfant en paraisse le moins du monde altérée ; la toux de l'intervalle des quintes peut être presque nulle ou très-fréquente ; elle est proportionnée au degré d'acuité et d'étendue du catarrhe bronchique qui complique d'ordinaire la coqueluche.

En voyant l'influence si prononcée des affections inflammatoires congestives locales ou générales qui se manifestent pendant la durée de la coqueluche, la précédant ou la terminant, on doit en concevoir beaucoup plus d'inquiétude que de la coqueluche elle-même, qui seule, lorsque le catarrhe qui l'accompagne le plus ordinairement est peu intense, constitue une maladie qu'on pourrait dire complétement apyrétique.

Dans le plus grand nombre des cas, chez les enfants dont il est ici question, la coqueluche a ordinairement débuté par une bronchite plus ou moins intense, dont la durée était également très-variable ; il en est qui ont toussé pendant huit, quinze jours et plus avant que leur toux ne prît le caractère quinteux

Chez deux enfants, au contraire, la toux, dès le second ou troisième jour, est devenue quinteuse. Quoi qu'il en soit de la forme de début touchant l'existence du catarrhe bronchique, il a paru assez constant qu'à mesure que les quintes se prononçaient davantage, que les accès devenaient plus fréquents, la toux intercalaire diminuait dans une semblable proportion ; lorsque le catarrhe prenait plus de gravité, les quintes devenaient moins fréquentes.

Rien n'est plus variable du reste que le nombre des quintes qu'un enfant peut avoir dans les vingt-quatre heures ; il en est qui, au plus

fort de leur coqueluche, n'ont eu que huit ou dix quintes; chez d'autres, au contraire, les quintes se répétaient cinquante ou soixante fois.

Pour ce qui est de la fréquence relative des quintes, par rapport au jour et à la nuit, les résultats paraissent assez variables, même chez le même petit malade. C'est au reste un point fort peu important qu'on pourra éclaircir, toutefois en compulsant à la fin les observations qui se prennent fort exactement jour par jour. Les enfants qui ont une coqueluche simple ont en général peu ou pas de fièvre, la chaleur de la peau reste normale. Ces pauvres petits jouissent de leur appétit ordinaire, conservent leur gaîté, et ne deviennent grimauds et pleureurs qu'au moment où ils sentent arriver une quinte; mais, lorsqu'on voit un enfant atteint de coqueluche garder de la tristesse, crier constamment dans l'intervalle des quintes, perdre l'appétit, refuser le sein; si la toux intercalaire augmente, si le pouls prend plus de fréquence, si la peau est chaude, gardez-vous du mieux apparent qui se montre alors dans la coqueluche, dont les quintes, plus faibles, peuvent même disparaître tout à fait sans aucun bénéfice pour le petit malade. Pour s'en convaincre, il suffit de jeter les yeux sur les quelques faits qui viennent de se passer sous nos yeux.

C'est ainsi qu'un jeune enfant de dix mois, dont la mère seulement était malade, et qui, lui, se portait admirablement bien lors de son entrée, fut pris de coqueluche. Celle-ci devint rapidement très-violente; ce pauvre petit malheureux eut de quarante à soixante quintes dans les vingt-quatre heures, pourtant il n'avait pas de fièvre et toussait peu dans l'intervalle; sauf le moment de ses crises, il est gai et caressant, quand tout à coup il devint triste, toussa davantage, prit de la fièvre. On reconnut une pneumonie lobulaire, et avec elle, on vit disparaître presque complétement la coqueluche, dont il ne resta, pendant la durée de la pneumonie, que quelques accès. Il n'est pas moins vrai cependant que le petit malade expira au milieu d'une quinte, ce qui n'est pas ordinaire. A l'autopsie, on trouva des traces incontestables de la pneumonie qui avait été diagnostiquée; mais cette pneumonie existait conjointement avec une quantité considérable de tubercules dont les deux poumons étaient farcis.

Un autre enfant qui avait également des quintes fort nombreuses de coqueluche, avait dans les intervalles l'air de la santé; il était fort, vigoureux, lorsque la toux intercalaire devint plus forte, plus fréquente; la fréquence du pouls augmente, la peau devient chaude, l'auscultation montre un catarrhe capillaire. La mère éprouve des émotions morales vives; l'enfant, en perdant complétement ses quintes de coqueluche, prend des attaques d'éclampsie qui se renouvellent à plusieurs reprises le jour et

la nuit; les convulsions, au troisième jour, disparaissent, la fièvre diminue, le catarrhe capillaire diminue; mais on voit en même temps les quintes revenir graduellement, et aujourd'hui l'enfant a tout autant de quintes qu'il en avait avant cette complication.

Un troisième enfant nous a permis encore de confirmer très-positivement l'observation que nous venons de signaler. Il avait, lui, une coqueluche très-légère, il n'avait guère que cinq ou six quintes dans les vingt-quatre heures, et depuis quelques jours seulement. Un travail congestif se fait du côté des gencives; l'enfant perce deux incisives, et, pendant ce travail, qui dure trois ou quatre jours, pas une quinte, après quoi elles reparaissent, un peu plus rares toutefois qu'elles ne l'étaient avant.

Il faut donc bien se tenir en réserve, et se méfier d'une diminution notable et subite dans la fréquence des quintes, et se bien garder de partager toujours la satisfaction si naturelle et à laquelle une mère se laisse si facilement aller en voyant son enfant n'avoir plus que peu ou pas de quintes; il faut s'en garder surtout si on a lieu de soupçonner une phlegmasie pulmonaire, ou autre, car alors la question devient grave, et le médecin commet une méprise bien cruelle pour la famille et très-funeste à lui-même.

Un point aussi très important, et sur lequel M. Trousseau a plusieurs fois attiré l'attention des élèves qui suivent sa clinique, c'est l'influence des vomissements sur la coqueluche. Eh bien! soit qu'ils aient été provoqués, soit qu'ils aient été naturels, avec ou sans quintes, on les a vus assez ordinairement diminuer le nombre des quintes et les rendre moins fortes.

Dix, quinze ou vingt centigrammes de poudre d'ipécacuanha dans quinze ou vingt grammes de sirop. pris en deux ou trois doses, produisent ordinairement trois, quatre ou cinq vomissements. Ce moyen a plusieurs fois diminué très-notablement le nombre des quintes; dans d'autres cas, l'effet a été peu marqué ou nul. J'en dirai autant du sirop calmant que M. Trousseau a coutume d'employer contre la coqueluche, et dont voici la formule :

Sirop d'éther.	de chaque : 20 grammes.
— d'opium.	
— de belladone.	
— de fleurs d'oranger.	

En donner de 10 à 20 grammes par jour par petites cuillerées à café.

Les quintes, diminuées en intensité et en nombre par ce sirop composé, reparaissent d'ordinaire tout aussi nombreuses et tout aussi for-

tes, lorsqu'on en cesse l'emploi, tandis que les effets obtenus par l'ipécacuanha paraissent plus durables.

Tels sont les faits qui, quoique bien incomplets encore et trop peu nombreux, nous ont paru dignes de l'attention de nos lecteurs à cause de leur actualité. Nous donnerons plus tard de plus amples détails.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES ÉCOULEMENTS URÉTRO-PROSTATIQUES ET SUR LEUR TRAITEMENT, PAR M. CIVIALE.

Les états névralgiques du col vésical, désignés sous les noms de *spasmes*, de *névralgies* ou *névroses*, sont accompagnés souvent de la phlegmasie de la partie profonde de l'urètre; et comme dans ces parties il ne saurait y avoir de travail inflammatoire sans résultat, il y a un écoulement spécial.

Le col vésical, la partie de l'urètre embrassée par la prostrate et les conduits qui y aboutissent, ne sont pas dans le cas d'une foule d'autres organes : nulle sécrétion morbide, produit de l'inflammation, ne saurait s'y accomplir sans que le praticien attentif la reconnaisse, soit qu'il existe un écoulement urétral, soit que l'excrétion de l'urine ou des matières fécales présente des caractères spéciaux, soit enfin que le produit séjourne et s'accumule dans un lieu plus ou moins éloigné de celui où il a pris naissance. S'il y a des exceptions, le nombre en est fort restreint. Or, dans tous les cas que j'ai passés en revue, lorsqu'il s'agissait de spasmes ou de névralgies, il n'y avait aucun indice de phlegmasie au siége de la douleur, au point de départ des accidents : si parfois des phénomènes inflammatoires, mêmes graves, se sont fait remarquer, ils étaient purement secondaires.

Mais il y a d'autres maladies dès le début desquelles s'établit, au col de la vessie et à la partie profonde de l'urètre, un véritable travail inflammatoire, mis en évidence par son résultat immédiat, l'émission d'un fluide particulier; par des symptômes spéciaux, ou par l'ouverture des corps, et qui, dans le plus grand nombre des circonstances, peut être considéré comme l'affection principale. C'est de ces cas que je vais m'occuper, car ils intéressent vivement la pratique. A peine ai-je besoin d'ajouter que je n'entends parler ni des écoulements blennorrhagiques pour lesquels je dois renvoyer aux ouvrages spéciaux,

ni de ceux dont s'accompagnent les rétrécissements ou plusieurs états morbides de l'urètre, qui sont la conséquence de l'introduction des sondes et des bougies.

La phlegmasie peut attaquer simultanément ou successivement la partie prostatique de l'urètre, l'orifice interne du canal, la crête urétrale ou les conduits prostatiques. Malheureusement nous ne possédons aucun moyen de reconnaître quand elle affecte telle ou telle de ces régions, ou du moins, quoi qu'en aient dit plusieurs auteurs modernes, les caractères ne sont point assez tranchés pour mettre à l'abri de toute méprise. Les sensations même du malade et les troubles fonctionnels de la vessie, ne diffèrent souvent pas de ce qui a lieu dans les cas de simple névralgie; seulement, il y a de plus ici le résultat de l'inflammation, une collection purulente, ce qui est rare, ou un écoulement, ce qui est le plus commun. Mais le travail inflammatoire ne reste pas toujours borné aux parties dont je viens de faire l'énumération; il peut encore s'étendre aux canaux éjaculateurs et aux vésicules séminales, en un mot aux voies spermatiques. Les liquides qui s'écoulent alors ne sont plus les mêmes que dans le cas précédent; car au produit de la membrane muqueuse vient se joindre la sécrétion spermatique, ou normale, ou modifiée. Les écoulements urétraux dont j'ai à parler forment donc deux classes distinctes : les uns purement muqueux, que j'appellerai urétro-prostatiques, et les autres, unis avec la sécrétion modifiée des testicules et de leurs dépendances, que je nommerai mixtes. Je ne m'occuperai ici que des premiers.

Certains malades rendent par l'urètre, tantôt d'une manière continue, et tantôt avec des interruptions plus ou moins longues, un liquide légèrement visqueux, qui varie beaucoup sous le rapport de sa couleur, de sa consistance, de son odeur, de la quantité qui en sort dans un laps de temps donné, et des particularités que l'on remarque dans son mode d'expulsion.

Le caractère le plus distinctif de l'écoulement se tire des taches qu'il produit sur le linge. Ces taches ressemblent quelquefois à celles qui résulteraient d'une eau légèrement amidonnée, et, à l'endroit qui en est le siége, le linge offre la même roideur que s'il avait été gommé. Leur teinte bleuâtre ou roussâtre les distingue de celles qui sont dues à du sperme; et leur dissémination, leur peu d'étendue, de celles qui sont le résultat de l'urétrite chronique. Du reste, on conçoit qu'elles varient beaucoup, suivant le point de départ du liquide, l'étendue de l'état morbide qui l'engendre, et les complications qui se développent. J'ai vu des taches isolées, très-circonscrites, et qui avaient l'aspect de crachats rouillés; d'autres présentaient une couleur tirant davantage

sur le rouge. Chez certains malades, le linge en offrait de plusieurs espèces. Entre autres faits, je citerai le suivant :

M. L...., adulte, d'une constitution faible, et livré avec ardeur aux travaux du cabinet, avait eu plusieurs blennorrhagies, toutes convenablement traitées. Cependant l'urètre conservait une grande irritabilité, quelquefois suivie de difficultés d'uriner, et même de rétention d'urine, bien qu'il n'y eût pas de rétrécissement, et que la vessie possédât un degré suffisant de contractilité. Ce fut pour remédier à ces rétentions d'urine qu'on m'appela. Ayant trouvé le canal extrêmement irritable, je proposai, contre cet état névralgique, un traitement qui fut couronné de succès. La santé se soutint pendant onze mois : M. L... ne s'était, disait-il, jamais trouvé aussi bien. Cependant il se faisait, par l'urètre, un léger suintement qui se bornait quelquefois à coller ensemble les lèvres du gland, mais qui de temps en temps aussi formait sur le linge une assez large tache de couleur bleuâtre. A la suite d'un surcroît de travail nécessité par une vaste entreprise, M. L... eut de nouvelles difficultés d'uriner, et réclama une seconde fois mes soins. Je trouvai le col vésical fortement contracté, et la partie profonde de l'urètre d'une sensibilité extrême; j'appliquai un nouveau traitement contre la névralgie. Déjà le malade éprouvait de l'amélioration, lorsque tout à coup, et sans causes spéciales, il se déclara un véritable écoulement blennorrhagique très-abondant, venant spécialement des parties prostatique et membraneuse de l'urètre, et qui exigea un traitement antiphlogistique. Dès qu'il fut ramené à l'état chronique, on distinguait souvent sur le linge les taches du liquide prostatique et celles de l'écoulement gonorrhéique : celui-ci, sans produire de fortes douleurs, persista plusieurs mois, malgré tous les moyens locaux et généraux qui furent successivement employés. Lorsqu'enfin on réussit à le tarir, l'urètre conserva un grand degré de sensibilité.

Ainsi, il y a des cas où l'écoulement n'est point en rapport, sous le point de vue de la quantité, avec l'état morbide qui le détermine. Il en est de même de sa couleur, de sa consistance, de la régularité avec laquelle il se produit; sous ces divers points de vue, l'écoulement contraste souvent d'une manière notable avec l'état morbide dont il est la conséquence; dans quelques cas même, il ne produit pas de taches sur le linge, ou, s'il en forme, on a de la peine à les distinguer de celles qui résultent du liquide prostatique ou de quelques urines bourbeuses.

La marche et la durée de l'écoulement sont très-variables aussi. On voit le flux cesser par intervalles, puis reparaître, même sans cause appréciable, et quelquefois avec une abondance extraordinaire. J'ai

rencontré des malades qui trempaient chaque jour plusieurs serviettes. En général, cependant, il ne se forme qu'un petit nombre de taches; il y a même des hommes qui ne sont pas obligés de se garnir, et d'autres qui ne tachent jamais leur linge, la matière de l'écoulement n'ayant pour effet que de coller les lèvres de l'orifice externe de l'urètre.

Dans cette dernière série de cas, surtout quand on ne remarque pas d'exaspérations, il y a peu à s'occuper de l'écoulement, qui résulte presque toujours d'une légère surabondance de la sécrétion des canaux prostatiques ou de la partie profonde de l'urètre. Seulement, il faut rassurer les malades, dont la plupart s'inquiètent beaucoup; on a même souvent de la peine à les empêcher d'entreprendre des traitements hasardés, que trop de praticiens sont disposés à prescrire. J'ai vu, entre autres, un Américain qui, ayant employé tous les remèdes imaginables dans son pays, vint en Europe tout exprès pour chercher à se débarrasser d'un suintement dont son imagination était frappée au point qu'il croyait ne pouvoir pas se marier. Il trouva à Paris des médecins assez complaisants pour lui faire subir de longs traitements qui n'eurent pas le résultat qu'on s'était promis. En désespoir de cause, on eut recours au caustique : on cautérisa d'une seule fois toute l'étendue de l'urètre, et pour guérir le malade d'une affection qu'il n'avait pas, ou du moins qui était peu de chose, on lui en donna une dont il ne guérira probablement jamais. Je me borne à énoncer ce fait, que je publierai dans tous ses détails.

Il y a une circonstance qui frappe beaucoup de malades, surtout lorsqu'ils sont atteints d'un suintement invétéré et opiniâtre, c'est la rougeur et l'état constamment humide de l'orifice externe de l'urètre. A coup sûr, cette particularité n'a pas toute l'importance que lui attribuent des hommes trop préoccupés de leur situation : cependant le praticien doit en tenir compte, spécialement lorsqu'elle ne se rattache pas à une irritation locale. La rougeur des lèvres de l'urètre, accompagnée quelquefois sans doute d'un excès de sensibilité et d'une sécrétion extraordinaire, coïncide presque toujours avec une phlegmasie chronique de la partie profonde de l'urètre, et même des vésicules séminales.

Nous verrons en traitant des maladies organiques de la prostrate et du col vésical, qu'il n'est pas rare de trouver le gland devenu le siége d'une tuméfaction et d'une induration spéciales, et que, dans les mêmes circonstances, les lèvres de l'orifice externe du canal grossissent de manière à faire de chaque côté une légère saillie aplatie latéralement. Ces particularités, qui ne sont pas rares, prouvent l'intimité des rap-

ports existant entre le col de la vessie et l'orifice extérieur de l'urètre, rapports que démontrent d'ailleurs chaque jour les sensations qu'éprouvent au bout de la verge les malades attaqués de la pierre ou de toute autre maladie grave de la vessie et de la prostate.

Lorsque les écoulements urétro-prostatiques sont très-abondants, et qu'un trouble fonctionnel les accompagne, ce qui a lieu fort souvent, on est obligé de s'en occuper, surtout quand il survient des exaspérations de longue durée, et rapprochées les unes des autres : car on doit admettre alors une phlegmasie étendue et profonde qui peut se prolonger à la vessie, aux vésicules séminales, au rectum, et devenir désorganisatrice.

La première chose à faire est de déterminer le point de départ de l'écoulement ou le siége de la phlegmasie. Je viens de dire que la couleur des taches sur le linge laissait dans le doute : il faut donc recourir à d'autres moyens. La marche de la maladie, les caractères qu'elle présente, les causes qui la provoquent ou l'entretiennent, fournissent à cet égard un ensemble de données fort utiles au praticien. Mais ce sont là des questions qu'on néglige généralement, malgré leur importance.

J'ai vu des écoulements survenir à la suite de travaux intellectuels prolongés ou de fatigues corporelles excessives chez des hommes qui n'avaient pas l'habitude d'une telle contention. N'étant pas parvenu à constater d'autres causes, lorsque d'ailleurs il s'agissait de cas peu graves, je me suis tenu en observation ; et quelques jours d'un traitement adoucissant fort simple ou de pures précautions hygiéniques, ont suffi pour amener la guérison.

J'ai cité des cas où des excès temporaires de coït, et même la simple cohabitation avec une femme d'humeur différente, quoique saine, avaient produit des écoulements. Ceux-ci ont en général peu de durée, et ne réclament point de traitement propre. Ils tiennent, la plupart du temps, à une surexcitation des conduits de la prostate, quoiqu'ils puissent aussi avoir leur siége à la membrane muqueuse de la partie profonde de l'urètre. Mais quelquefois ils montrent beaucoup de gravité et d'opiniâtreté, entraînent à leur suite des rétrécissements, des abcès, des fistules, des altérations profondes du corps caverneux, ce dont M. Lallemand a rapporté un exemple fort remarquable.

Il serait inutile d'insister sur cette série de cas, malgré leur fréquence et les variétés qu'ils présentent. La conduite à tenir est si simple, qu'on ne saurait tomber dans aucune méprise. Le principal écueil à éviter, est de ne pas vouloir guérir trop vite, et de ne point mettre

en usage des moyens énergiques. Il suffit d'éloigner la cause ou d'en atténuer les effets, qui se dissipent ensuite d'eux-mêmes.

On rencontre assez souvent, chez les malades porteurs d'écoulements urétro-prostatiques, des affections cutanées, en particulier des dartres. Dans certains cas, la maladie des téguments a diminué ou disparu dès que le flux s'est déclaré ; dans d'autres, au contraire, les deux états morbides marchent de front, et s'influencent réciproquement, de manière que l'accroissement de l'un amène la diminution de l'autre. Les auteurs citent plus d'un exemple curieux de cette particularité ; la pratique m'en a offert aussi un certain nombre. La plupart du temps il m'a suffi de traiter l'affection cutanée pour faire disparaître l'écoulement. Ici, comme dans le cas de névralgie, les dartres situées aux parties externes de la génération m'ont paru exercer une très-grande influence, soit que le même principe morbifique donnât lieu aux deux ordres d'accidents, soit que les démangeaisons et le besoin de se gratter eussent suffi pour attirer au col vésical un surcroît d'irritation capable de déterminer l'écoulement. Quoi qu'il en soit, cette coïncidence mérite d'autant plus d'être prise en considération, qu'alors le praticien a une double tâche à remplir : celle de lutter contre un écoulement opiniâtre, et celle de calmer les inquiétudes du malade.

C'est surtout lorsqu'on peut rattacher l'écoulement à quelque reste de maladie vénérienne, que l'inquiétude des malades se développe au point de devenir fort embarrassante. On ne saurait se figurer combien d'idées excentriques et bizarres il suggère, même aux hommes éclairés, et qui jouissent de leur pleine raison à tout autre égard. Ce que l'observation démontre sous ce rapport, c'est que les excès dans l'exercice des organes génitaux, l'abus des stimulants spéciaux, à quelque classe qu'ils appartiennent, enfin, les urétrites répétées et prolongées, disposent singulièrement aux écoulements, ayant leur point de départ dans les conduits prostatiques, au col vésical et à l'orifice interne de l'urètre. Certaines méthodes curatives de la blennorrhagie ne sont pas non plus sans influence. J'ai donné, dans ma troisième lettre sur la lithotritie, l'extrait d'une observation relative à un malade chez lequel un écoulement urétro-prostatique jouait un rôle important ; cet écoulement était dû à l'emploi d'injections irritantes pratiquées dans la vue de faire cesser un reste de gonorrhée, mais qui, au lieu de le tarir, ne firent que l'augmenter. De l'état phlegmasique permanent résulta un rétrécissement ; celui-ci mit obstacle à l'expulsion de graviers qui séjournèrent dans l'urètre, et devinrent, aussi bien que les difficultés d'uriner, une source de désordres plus graves les uns que les autres.

On a vu survenir des écoulements urétraux, même très-rebelles,

chez des hommes qui s'étaient livrés au coït dans un état voisin de l'ivresse, et chez d'autres qui prolongeaient cet acte bien au delà de ce que comporte la fonction ordinaire. M. Lallemand en cite des cas, et j'en ai rencontré de mon côté. La plupart prouvent que les écoulements n'avaient rien de contagieux, malgré l'opiniâtreté de plusieurs d'entre eux et les désordres considérables survenus dans les organes qui en étaient le siége.

On a aussi incriminé les boissons fermentées, et parmi les plus nuisibles, la bière se place au premier rang. L'abus de cette liqueur entraîne souvent des écoulements, même chez des hommes qui n'ont pas commis d'excès vénériens et qui ne se sont pas livrés à la masturbation. Il n'est donc pas surprenant que les personnes dont les organes génitaux sont déjà épuisés, en éprouvent des conséquences fâcheuses. J'ai parlé ailleurs de l'action qu'exerce la bière en procurant à la contractilité du col vésical un accroissement qui peut apporter de grands obstacles à l'émission de l'urine. Ces effets, rapprochés des précédents, mettent hors de doute l'influence malfaisante que les boissons alcooliques, la bière en particulier, exercent par rapport aux phlegmasies du col vésical et de la partie prostatique de l'urètre.

Il est un genre d'écoulement urétro-prostatique, que j'ai indiqué dans le traité de l'affection calculeuse, et dont on ne s'est point assez occupé. J'ai fait voir que de petits calculs se logent quelquefois dans des poches, cellules, ou excavations de la partie profonde de l'urètre, même entre la prostate et le rectum. Ces calculs, qu'une exploration incomplète ne fait pas toujours reconnaître, produisent une irritation vive et prolongée, d'où résulte un écoulement si copieux dans certains cas, que la constitution s'en trouve épuisée, et qu'on a pu se croire fondé à soupçonner une désorganisation profonde des parois urétrales; cependant il a suffi de pratiquer l'extraction des corps étrangers pour tarir le flux.

J'ai également fait remarquer, dans le premier volume de ce traité, une lésion qui se rencontre assez fréquemment à la partie de l'urètre située derrière un rétrécissement, et qu'il n'est pas rare non plus d'observer en l'absence de toute coarctation. En effet, dans plusieurs cas d'écoulements urétro prostatiques, j'ai trouvé après la mort, survenue la plupart du temps par suite d'une toute autre maladie, une dilatation considérable de tous les conduits qui s'ouvrent dans cette région du canal, et de plus des cellules fort petites creusées dans l'épaisseur des parois urétrales. Ces cellules s'ouvraient par de petits pertuis qu'on ne trouvait souvent qu'en tirant la surface de l'urètre en sens divers. Dans quelques-uns de ces cas, que j'ai fait connaître, la membrane muqueuse était pour ainsi dire criblée de petits trous.

Les maladies du rectum ont une grande portée dans la production des écoulements urétro-prostatiques. J'ai vu des vieillards fortement hémorroïdaires chez lesquels les flux étaient très-abondants ; c'est alors surtout que la matière coule en assez grande quantité pour pouvoir salir plusieurs serviettes chaque jour. Les phlegmasies chroniques du rectum, et les différentes lésions organiques dont cet intestin devient le siége, produisent le même effet dans les deux sexes. On voit aussi, chez la femme, des maladies organiques de la matrice donner lieu à un écoulement urétral extrêmement abondant. C'est contre la lésion primitive, soit du rectum, soit de l'utérus, que le traitement doit être dirigé. L'écoulement ne réclame que l'emploi des adoucissants, des calmants et les soins de propreté.

Fort souvent les écoulements urétro-prostatiques ont des causes beaucoup plus graves ; ils sont la conséquence de lésions organiques du col vésical, de la prostate, de la crête urétrale. Dans ces divers cas les malades ne voient, eux, que les taches dont leur linge se trouve sali, et trop de praticiens les imitent sans chercher à se rendre raison des différences qu'ils observent dans la marche et les caractères du flux. Cependant l'inutilité des traitements auxquels ils ont recours finit par les déterminer à rechercher d'une manière sérieuse la cause de ces phénomènes. La conduite à tenir étant celle que réclament les maladies de la prostate, celles de la crête urétrale et les fongus du col vésical, c'est à ces divers articles que je dois renvoyer.

Les écoulements urétraux peuvent durer fort longtemps sans compromettre sérieusement la santé générale, à moins qu'ils ne soient d'une abondance extrême. J'ai vu des vieillards qui en étaient affectés depuis une longue suite d'années, et qui ne s'en plaignaient que sous le point de vue de la propreté. La même chose a lieu pour la leucorrhée chez les femmes. C'est sans doute ce qui a fait dire à quelques praticiens modernes, trop préoccupés de l'influence des pertes séminales involontaires, que le danger provient exclusivement des pollutions qui se joignent aux écoulements urétraux.

Mais, si quelques malades conservent impunément ces écoulements muqueux et puriformes par les organes sexuels, la plupart en sont fortement incommodés. La digestion est la fonction qui s'en ressent la première et avec le plus de force. Les troubles qu'elle éprouve suffisent sans doute pour réagir sur les autres organes sans qu'il soit besoin d'admettre une influence directe de ces écoulements anciens et copieux sur les autres fonctions de l'économie.

J'ai dit que les phlegmasies de la partie profonde de l'urètre, avec écoulements anciens, s'accompagnaient souvent des effets qu'on remar-

que à peu près constamment dans les névralgies invétérées du col de la vessie, avec trouble de l'excrétion de l'urine. Je veux parler d'une douleur profonde à l'hypogastre, s'étendant au pubis et au sacrum, et augmentant surtout lorsque la vessie est pleine ou que le malade cherche à la vider. J'ai trouvé ce symptôme très-prononcé chez plusieurs malades, entre autres chez un homme de trente-huit ans, qui, à la suite d'une blennorrhagie et de nombreuses injections faites pour s'en débarrasser, conserva un écoulement très-abondant contre lequel tous les traitements, dirigés par d'habiles médecins, furent inutiles. Lorsque ce malade vint me consulter, sa santé générale avait déjà souffert, et son moral était détraqué; l'écoulement était si copieux qu'il pourrissait le linge. J'ignore quel fut le résultat du traitement que je prescrivis.

Il n'est pas rare de rencontrer des écoulements urétro-prostatiques fort opiniâtres, et contre lesquels les traitements ordinaires viennent échouer. Entre autres cas de cette nature, je citerai celui d'un boulanger âgé de quarante ans, affecté d'un très-petit rétrécissement et de troubles fonctionnels de la vessie, hors de toute proportion avec la légère coarctation urétrale que les moyens explorateurs faisaient reconnaître. Je continuai pendant longtemps l'usage des grosses bougies, mais en ne les introduisant qu'à d'assez longs intervalles. J'eus recours aux douches, aux purgatifs, aux frictions dérivatives. Ces moyens, répétés à plusieurs reprises, et toujours en laissant s'écouler un long laps de temps entre les applications, finirent par triompher, et l'écoulement disparut. J'ai agi de la sorte dans beaucoup d'autres cas, et presque toujours avec succès.

Des applications transcurrentes et très-légères de nitrate d'argent à la partie profonde de l'urètre, point de départ de l'écoulement, m'ont très-bien réussi dans quelques cas opiniâtres.

CIVIALE.

NOTE SUR UN APPAREIL PARTICULIER POUR LES FRACTURES OBLIQUES DU CORPS DU FÉMUR.

Jusqu'ici on n'a guère pu guérir les fractures *obliques* du corps du fémur sans difformité et sans raccourcissement; il faut l'attribuer à la défectuosité des moyens en usage. Les chirurgiens en sont même venus à regarder ce résultat comme impossible, et nous lisons, dans un article récemment publié, la note suivante : « Le pronostic de la fracture de la cuisse est en général assez grave, en ce sens qu'il est extrêmement difficile d'obtenir une guérison complète, exempte de difformités. Quels

que soient les moyens que l'on emploie pour maintenir les fragments en rapport, il est à peu près *impossible* de s'opposer à leur chevauchement dans le cas où la surface de la fracture est oblique, et l'on a peine à se défendre d'un sentiment d'incrédulité à la vue des observations de Desault, où un grand nombre de fractures obliques du corps du fémur se sont guéries sans difformité et sans une seule ligne de raccourcissement. (Jules Cloquet et Bérard jeune, *Fractures de cuisse*, dictionnaire en 25 volumes, t. IX, p. 240.)

D'après cet aveu d'hommes aussi notables, on voit que les difficultés que l'on éprouve à maintenir les fractures *obliques* du fémur sont extrêmes, et que l'on ne possède pas encore un appareil qui puisse remplir convenablement ce but; aussi, dois-je à la science de dire que M. Pétrequin, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, hôpital où les cas de fractures de cuisse se montrent assez souvent, semble avoir résolu le problème à l'aide de l'appareil que je vais décrire.

Le malade étant placé dans une position horizontale, et maintenu par un aide, on applique un bandage roulé depuis la naissance des orteils jusqu'au pli de l'aine; cela fait, deux bandes doubles, dont la moitié reste libre, et qui partent de vingt-sept millimètres au-dessous de l'endroit où siége la fracture, sont placées aux côtés interne et externe du membre; elles dépassent en bas de la longueur d'un mètre; elles sont destinées à fournir le point d'appui le plus régulier pour la traction continue que M. Pétrequin appelle *l'extension parallèle en permanence*.

Pour les rendre solidement fixées dans cette position, on épuise une nouvelle bande en la roulant par-dessus ces deux bandes latérales, qui sont préalablement amidonnées ou couvertes d'une couche de dextrine; puis, on passe sur le tout une couche d'amidon convenablement préparé, ou une couche de la substance que je viens de nommer. L'aide, maintenant toujours le membre dans la position horizontale, et exerçant de plus sur lui une traction bien soutenue, on prend la moitié de chacune des deux bandelettes latérales qui était restée libre, et on l'applique, comme la moitié précédente, le long du membre, de manière toujours à ce qu'elle dépasse le pied de la même étendue. Deux nouveaux tours de bande, couverts d'une seconde couche d'amidon, la fixent autour d'une partie de la cuisse et de la jambe, comme la première moitié. Les lacs ainsi destinés à faire l'extension étant préparés, des attelles flexibles très-étroites, au nombre de six à huit, ayant presque la longueur du fémur, sont appliquées sur l'os fracturé et maintenues par d'autres tours de bandes; une seconde couche d'attelles est au besoin placée sur le même point, et est également maintenue par un

bandage roulé, dont les derniers tours sont amidonnés de bas en haut pour ne faire qu'une seule pièce de tout l'appareil. De longues attelles solides, avec deux coussins, fixent latéralement le membre maintenu par des lacs, comme dans l'appareil ordinaire, jusqu'à ce que la solidification des pièces soit parachevée. Deux attelles flexibles sont placées en arrière et deux autres en avant de la cuisse, pour que la compression s'exerce méthodiquement et porte sur toute la région antérieure et postérieure, comme sur les parties latérales, afin de prévenir tout déplacement. L'attelle postérieure joue un rôle important.

La jambe ne se trouvant pas naturellement sur le même plan que la cuisse, il faut avoir soin de préparer un petit coussinet, qui, placé dans le linge porte-attelles, la soulèvera convenablement pour la mettre au même niveau; ce qui serait impraticable dans la *position demi-fléchie*, que M. Pétrequin n'emploie pas, comme défectueuse.

Tout étant ainsi disposé, on commence, dès que l'appareil est sec, à pratiquer *l'extension continue* du membre à l'aide d'un poids variable, suivant les circonstances et les sujets, que l'on fixe à l'extrémité inférieure des deux bandes que nous avons vues dépasser le pied; on les fait porter sur un bâton cylindrique attaché au pied du lit en guise de poulie pour favoriser leur glissement.

Les moyens extensifs ainsi combinés ont des avantages nombreux que ne présente aucune autre méthode; à savoir :

1° De porter sur une grande étendue, sans fatiguer aucun point du membre, comme cela a lieu pour le cou-de-pied dans le bandage de Desault, où souvent il se produit des excoriations et parfois des escarres;

2° De prendre leur premier point d'appui sur le fragment inférieur lui-même, et d'agir ainsi d'une manière plus efficace et plus régulière;

3° De tirer uniformément dans le sens même du membre, et de produire une puissance de *traction parallèle* à l'os fracturé; circonstance importante qui n'est point remplie dans l'appareil de Desault, où la traction sur le cou-de-pied produit, dans tout le membre, un mouvement de bascule qui se propage jusqu'à la fracture;

4° De maintenir les fragments dans la position la plus convenable, de concourir à la réduction parfaite, de s'opposer au raccourcissement, de rétablir la forme et la longueur du membre, ainsi qu'on va le voir par les deux observations qui vont suivre;

5° Sous le rapport de l'extension en elle-même, elle est sans contredit préférable à celle qu'on pratique par un ressort, qui, au bout d'un certain temps, perd de sa force et se relâche. D'ailleurs, en supposant qu'il conserve sa force, le malade peut toujours la diminuer plus ou

moins, et quelquefois même la détruire, en glissant vers l'extrémité inférieure du lit. Dans le procédé de M. Pétrequin, au contraire, la force de traction est toujours la même, et, si le malade tend à descendre, le poids descend avec lui. Une contre-traction peut au besoin être appliquée au moyen d'un drap plié en cravate, passé entre les cuisses et fixé à la tête du lit.

Obs. I. *Fracture oblique de la cuisse gauche.* — Jean Berger, âgé de douze ans, né à Miribel (Rhône), étant monté, le 24 avril 1839, sur une fenêtre au premier étage pour en fermer les volets, fut entraîné tout à coup par une secousse violente, et tomba d'environ quatre mètres de haut. Aux cris aigüs qu'il poussa, on accourut à l'instant pour le relever et le transporter sur un lit. M. Viricel, médecin du pays, qui fut à l'instant mandé, appliqua un appareil provisoire; le lendemain 25, il fut transporté sur un bateau, et arriva à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. Pétrequin. Voici ce qui fut constaté: Tuméfaction de la cuisse gauche, chaleur; douleur sans rougeur cutanée, engorgement dû à un épanchement sanguin de tout le membre fracturé; raccourcissement d'environ vingt millimètres, mobilité insolite, crépitation, etc.; une fracture oblique est constatée. Ce jour-là, on se contenta d'appliquer un bandage roulé et un appareil provisoire avec des attelles flexibles, on fait des irrigations avec de l'eau blanche sur toute la longueur du membre. Au bout d'une semaine, on enlève le premier bandage, et on applique l'appareil que je viens de décrire, c'est-à-dire qu'on met autour du membre fracturé des attelles flexibles, plus, une attelle postérieure, des lacs extensifs latéraux, etc.; on laisse cet appareil en permanence, le membre étant dans l'extension rectiligne, jusqu'au 15 mai, époque à laquelle on enleva le tout pour examiner le progrès de consolidation et appliquer de nouveau l'appareil. Le 25, l'appareil fut de nouveau enlevé, et un appareil simplement contentif et protecteur fut appliqué. Le malade commença bientôt à marcher, et, depuis cette époque, on lui fit prendre quelques douches de vapeur pour donner au membre un peu plus de souplesse. Enfin, le 16 juin il quitta l'hôpital, rétabli, ne présentant ni difformité ni raccourcissement.

Obs. II. *Fracture oblique de la cuisse gauche.* — Charlotte Regmer, veuve Ravot, née à Charly (Rhône), âgée de quatre-vingt-deux ans, fut tout à coup renversée par un coup de vent en marchant dans la rue. La chute eut lieu sur le côté, de manière que la cuisse droite porta sur une pierre qui se trouvait sous ce membre. A l'instant, elle se fit transporter à l'Hôtel-Dieu, où elle fut reçue le 11 décembre 1839, service de M. Pétrequin. Voici l'état dans lequel elle se trouvait lors-

que nous l'examinâmes : Raccourcissement du membre de quarante millimètres, pied mobile en tous sens, tumeur à trente-sept millimètres au-dessus et en dedans du genou, formée par le fragment supérieur; l'inférieur fait saillie en dehors. La fracture, qui se trouve oblique, est située environ à quarante millimètres de l'articulation du genou.

La traction sur le membre ramène la longueur normale; un bandage roulé est appliqué immédiatement. Comme il y avait peu d'engorgement, des attelles flexibles sont placées et maintenues par un second tour de bande sur cette première couche; une seconde couche est placée et maintenue de la même manière, c'est-à-dire à l'aide de bandes et d'amidon; deux bandes latérales sont placées et maintenues depuis le pied jusqu'au côté externe et interne de l'articulation du genou pour pratiquer l'extension parallèle. Ces bandes sont fixées ensuite par une troisième bande qu'on roule autour d'elles et sur lesquelles on passe une forte couche d'amidon. L'extension, exécutée au moyen d'une pierre suspendue aux deux lacs latéraux, n'a commencé que quelques jours après l'accident, et a été continuée pendant près de deux mois. Dans cet espace de temps, l'appareil a été renouvelé plusieurs fois. Chaque jour on était obligé d'arranger de nouveau les différentes pièces qui le composaient, vu l'indocilité de la malade, qui exigea qu'on levât le bandage dans les premiers jours de mars, époque à laquelle elle commença à marcher avec des béquilles.

Malgré l'âge avancé du sujet, malgré son impatience et son indocilité, la consolidation a été parfaite et beaucoup plus prompte qu'on ne s'y attendait. Il n'existe dans le membre ni raccourcissement ni difformité, et, bien que la fracture soit tout près de l'articulation du genou, les mouvements de cette partie s'exécutent presque aussi bien qu'avant l'accident. Un tel succès ne peut venir que du genre d'appareil que j'ai décrit; et à l'appui de ce que j'avance, j'aurais pu citer plusieurs autres observations qui auraient pu parler aussi haut que celles que je viens de rapporter. Je n'ai pu, dans cette note, décrire et développer qu'incomplétement cet appareil; il me suffira de l'avoir indiqué, et d'avoir fourni quelques heureux exemples de son application.

A. Focachon, D.-M.

DE LA GUÉRISON DU STRABISME.

Les strabismes convergents sont beaucoup plus nombreux que les autres variétés de ce genre de difformité; ainsi, on compte quatre-

vingt-trois strabismes convergents sur cent. La déviation produite par la contraction du grand oblique est dans la proportion de quatre sur cent; les strabismes divergents, dans la proportion de dix sur cent, et les strabismes inférieur et supérieur, de trois sur cent.

Les strabismes convergents se décomposent de la manière suivante: trente-huit sur cent convergents droits, vingt-quatre convergents gauches, dix-sept convergents des deux yeux, et quatre strabismes congénitaux.

La grande fréquence des strabismes convergents s'explique facilement quand on passe en revue les causes nombreuses qui influent sur la contraction du muscle droit interne.

1° Les organes pairs obéissent à une loi de l'organisation qui tend sans cesse à rapprocher de la ligne médiane les organes doubles. Ainsi, lorsque le sujet dort profondément, les deux yeux convergent. En écartant les paupières supérieures d'un individu qui dort, on voit un strabisme convergent des deux yeux.

2° La possibilité de contracter ensemble volontairement les deux muscles internes, tandis qu'il y a impossibilité de contracter ensemble les deux muscles externes.

3° L'action simultanée des deux muscles obliques, qui portent en totalité le globe oculaire dans l'angle interne des paupières.

4° La double innervation qui agit sur le muscle interne augmente encore les chances de la contraction morbide.

On sait que le nerf oculo-moteur, qui anime le muscle droit interne, fournit aussi la courte racine des ganglions ophthalmiques, et, par cet intermédiaire, le muscle droit reçoit l'influence du nerf sympathique, qui concourt, avec un filet de l'oculo-moteur, à la formation du ganglion ciliaire.

L'action spasmodique de l'un des deux systèmes nerveux peut donc réagir sur l'autre.

La prédominance du strabisme convergent droit sur le strabisme convergent gauche peut-elle être expliquée? Je pense que jusqu'à ce jour nous manquons d'une base solide, d'une preuve matérielle, pour en fournir la démonstration. On l'a attribuée au développement musculaire, plus grand à droite qu'à gauche. C'est possible; mais cela n'est pas démontré. Il est vrai que les autres difformités sont aussi plus nombreuses à droite qu'à gauche; mais la cause déterminante de ce dernier phénomène nous échappe autant que celle qui produit les strabismes en plus grand nombre à droite qu'à gauche.

Les difformités des extrémités présentent les différences suivantes. Dans le nombre de soixante pieds-bots, j'ai trouvé trente-sept dévia-

tions du côté droit, dix-sept du côté gauche, et vingt des deux côtés.

Le torticolis ancien a varié dans la proportion de quarante-trois fois à droite, quinze fois à gauche, et une seule fois des deux côtés, sur un nombre de soixante individus.

Quant à l'opération, que l'on agisse sur l'œil droit ou sur l'œil gauche, elle n'a rien de particulier qui doive être décrit.

Le strabisme convergent des deux yeux n'est pas aussi fréquent qu'on le croit généralement, je parle du strabisme parallèle, égal des deux côtés, le seul qui doive être opéré. Il existe deux espèces de strabismes doubles : la première est celle qui dépend d'une altération musculaire dans l'un et l'autre orbite ; la seconde est celle qui est formée par un œil qui louche réellement par la contraction d'un muscle, tandis que l'autre œil louche par nécessité et par habitude.

Le diagnostic de ces deux variétés est quelquefois difficile à établir ; il faut alors avoir recours à quelques expériences sur la vue. Dans la première variété, c'est-à-dire lorsque les deux yeux sont également déviés, ces organes servent tous deux à la vision ; et, lorsque les objets sont éloignés à la distance de trois à quatre pieds, on reconnaît parfaitement le strabisme double, et le sujet perçoit parfaitement les objets. Si ces objets sont portés à une plus grande distance, il n'y a plus qu'un œil qui serve à la vision, parce qu'alors les deux globes oculaires ne peuvent pas être assez écartés pour *s'accommoder* sur l'objet qu'ils doivent voir.

Dans la seconde variété, c'est-à-dire quand un œil louche réellement, et quand l'autre est dévié seulement par habitude, il n'y a jamais qu'un seul œil qui soit employé pour voir les objets, et dans la majorité des cas, c'est l'œil qui ne louche pas. Il résulte du trop grand exercice de cet œil (par exemple, pour voir les objets placés du côté de l'œil qui louche) une nécessité de se porter souvent dans l'angle interne des paupières, et, par suite, une habitude qu'il perd seulement deux ou trois mois après que l'on a redressé l'œil dévié par le muscle contracté.

C'est ce qui explique pourquoi des individus semblent loucher de l'autre œil, lorsque l'on a opéré celui qui était dévié.

Si l'on a à opérer un strabisme parallèle de la première variété, il ne faut pas remettre à un autre jour la seconde opération ; les deux yeux doivent être redressés dans la même séance, parce que rarement les malades, lorsqu'ils ont obtenu une amélioration, consentent à se soumettre de nouveau au scalpel de l'opérateur, et l'on n'obtient alors que des résultats incomplets.

Le strabisme divergent, beaucoup moins fréquent que le convergent,

est aussi plus difficile à opérer que ce dernier. On distingue avec peine le muscle externe de la sclérotique; le tiers antérieur de ce muscle est un tendon aplati, large et mince. La direction des fibres est semblable à celle des fibres de la sclérotique, l'aspect est le même, de sorte qu'il est très-facile de les confondre l'un avec l'autre.

Pour le mettre à découvert, il faut tirer fortement l'œil en dedans, et après avoir ouvert la muqueuse, il faut enfoncer profondément, sous l'orbite, le crochet mousse chargé de ramener le muscle. Il faut avoir soin de porter les ciseaux assez profondément dans l'orbite pour pouvoir couper toute la portion tendineuse du muscle. En négligeant cette précaution, on expose le malade à une cicatrisation longue et défectueuse, et les bouts de tendons ayant une grande tendance à se souder de nouveau, reproduisent la difformité en se réunissant.

Le strabisme divergent peut exister temporairement; il arrive quelquefois qu'après une opération de strabisme convergent, le muscle externe se contracte avec quelque violence, ou bien, le lendemain de l'opération, les tissus sont devenus le siége d'une inflammation plus ou moins vive; dans ces deux circonstances, le globe de l'œil est porté en dehors, et cet état de divergence persiste pendant quelques jours; ordinairement il cesse avec l'inflammation des tissus de l'orbite. Si cette difformité secondaire dépend de la contraction nouvelle du droit externe, il suffit de faire autour de l'orbite des frictions avec la pommade de belladone, et peu de jours suffisent pour ramener l'œil dans sa position normale.

Le globe de l'œil est aussi porté en dedans et en haut par le muscle grand oblique, qui unit sa puissance à celle du muscle droit interne. Dans cette difformité, l'œil a subi quelques modifications: son diamètre antéro-postérieur est allongé, la cornée est plus saillante, et la vue ne peut être exercée qu'à une portée très-courte. La section de ce muscle est difficile à faire : il faut d'abord disséquer avec soin la membrane muqueuse, afin de bien mettre à découvert le tendon contracté, et c'est seulement lorsqu'il a été bien isolé, lorsqu'il est saisi par le crochet, qu'il faut le couper. Aussitôt après la division de ce tendon, le globe de l'œil n'étant plus comprimé latéralement, s'affaisse d'avant en arrière, reprend sa forme normale, et la vue devient longue de courte qu'elle était.

Les strabismes en haut ou en bas n'offrent rien de particulier; ce sont, du reste, des variétés peu nombreuses. Je ferai observer que, pour atteindre le muscle droit inférieur, il faut d'abord soulever le petit oblique, et le maintenir écarté du droit inférieur au moyen d'un crochet mousse.

Le strabisme est rarement congénital, c'est presque toujours pendant les accidents convulsifs de la dentition qu'il se forme.

L'enfant, pendant sa vie utérine, est à l'abri de la lumière, de cet excitant de l'œil. Cet organe, encore inerte chez le fœtus, est presque étranger à la vie générale du sujet; il peut en quelque sorte être assimilé au poumon, qui, à cette époque, n'a encore donné aucune preuve de son existence. Nous pouvons donc essayer d'expliquer le petit nombre de strabismes congénitaux par le peu d'importance de l'œil dans la vie utérine, tandis que les autres difformités sont fréquentes par l'activité du système musculaire, même chez le fœtus.

Causes des insuccès.

La plupart des chirurgiens de Paris ont rencontré des obstacles dont ils ne se sont pas rendu compte; jusqu'au mois de décembre 1840, ils n'ont pu montrer que quelques rares succès; et, si par hasard un œil avait été redressé, on ne tardait pas à voir la récidive de la difformité. Quelles sont donc les causes de ces résultats fâcheux? Nous allons essayer de les analyser.

Les muscles droits, supérieur et interne, sont généralement plus forts que les autres muscles de l'orbite; quelquefois aussi leur attache antérieure est divisée en deux ou trois faisceaux séparés par un tissu cellulaire; ces bifurcations peuvent être malades, seules, ou avec d'autres muscles, et alors elles produisent une déviation mixte. Par exemple: que le muscle droit interne soit contracté en même temps qu'une bifurcation interne du droit supérieur, ou bien, que le muscle droit interne seul, portant une bifurcation supérieure, agisse sur le globe oculaire, évidemment l'œil sera porté en dedans et en haut. La résultante de ces deux forces sera une direction intermédiaire entre la direction droite en haut, produite par le muscle droit supérieur agissant seul, et entre la direction droite en dedans, déterminée par la contraction du muscle droit interne agissant sans le secours d'aucun autre muscle, c'est-à-dire que l'œil suivra la perpendiculaire élevée sur la base du triangle de ces deux forces opposées.

Ces faits ne sont pas des faits exceptionnels, puisque je les ai trouvés quarante et une fois sur soixante-trois.

Si l'on opère un strabisme de cette variété, il est évident que l'on n'obtiendra pas le redressement complet du globe de l'œil, en coupant seulement le muscle droit interne. C'est ce qui a causé l'erreur des chirurgiens. Ils se sont écriés: « Nous avons coupé en totalité le muscle contracté, et l'œil est resté dévié; donc, l'opération n'a pas, ou a très-peu de valeur. » Je répondrai ici ce que j'ai dit ailleurs: ce n'est pas

l'opération qui est mauvaise, mais c'est la manière dont elle a été faite qui est vicieuse.

Dans quelques cas rares, le muscle grand oblique étant contracté, a concouru à faire dévier l'œil; alors la direction est en dedans et en haut, comme dans la variété décrite plus haut. Ce diagnostic paraît être difficile à établir, et il est important de ne pas se tromper, puisque la conséquence de cette erreur entraîne la section du muscle que l'on croit être contracté; il faut alors demander à la vue des symptômes que la déviation ne donne pas. Si le grand oblique est contracté avec le droit interne, il agit sur la masse totale du globe oculaire, il diminue son diamètre transverse en allongeant le diamètre antéro-postérieur; la cornée est bombée et le sujet est myope. Si au contraire l'œil est porté en dedans et en haut par les muscles droits ou leur digitation, le sujet n'est pas myope, mais il ne voit pas, ou il voit peu et indistinctement, même les objets très-rapprochés de l'œil dévié.

Pour établir ce diagnostic, il faut donc faire cette différence de la myopie quand le grand oblique est contracté, et de l'altération ou de la suspension de la sensibilité de la rétine, lorsque les muscles droits seuls sont malades.

J'ai trouvé le grand oblique contracté quatre fois seulement sur cent.

Quand le strabisme est ancien, les muscles contractés ont acquis des adhérences anormales; on voit, par exemple, des productions fibreuses, ou cellulo-fibreuses, passer du muscle droit interne au muscle droit supérieur. Ces attaches supplémentaires se retrouvent aux autres muscles suivant la forme de la déviation, et elles créent une aponévrose qui suffit à elle seule pour retenir l'œil dans sa fausse position. Si dans ces cas l'on coupe seulement la masse musculaire, l'œil ne peut pas être ramené dans sa position normale; il faut que la section s'étende à toutes ces fibres, à toutes ces attaches de formation secondaire. C'est pour ne pas avoir connu ces anomalies anatomiques que tant de chirurgiens ont échoué en faisant cette opération.

Le muscle droit supérieur et le muscle droit inférieur n'ont pas seulement pour fonction de porter l'œil en haut ou en bas; leur portion interne et leur bord externe peuvent se contracter isolément, et devenir ainsi abducteurs ou adducteurs de l'œil. La preuve de ce que j'avance ici existe dans les mouvements donnés à l'œil quand on a coupé les muscles contractés. Par exemple, lorsque le muscle externe est divisé, le globe oculaire est quelquefois porté en dedans avec la même facilité qu'avant l'opération. On peut me répondre que les obliques sont aussi chargés d'exécuter ce mouvement; mais, quand le muscle droit externe est séparé de l'œil, cet organe est quelquefois encore porté en dehors

avec la même facité qu'il l'était par le muscle externe, et les muscles obliques ne concourent nullement à la production de ce mouvement en dehors. Il n'existe plus alors d'autres agents musculaires que les bords externes des muscles droits supérieur et inférieur, qui recouvrent une partie de la sclérotique en dehors. C'est donc à ces deux puissances qu'il faut rapporter le mouvement en dehors, quand le muscle externe a été coupé.

Si ces deux forces portent l'œil en dehors, elles sont aussi une des causes qui produisent le strabisme divergent; on peut donc facilement expliquer pourquoi l'œil reste quelquefois dévié après la section du muscle droit externe; il est évident qu'il faut alors couper le muscle externe et le bord externe du droit supérieur seul, ou avec celui du droit inférieur.

Enfin, il est des cas exceptionnels dans lesquels, bien que l'on ait coupé en totalité les liens qui retenaient l'œil dans une position anormale, cet organe ne peut pas être redressé; il faut alors faire usage d'un moyen orthopédique.

Je me sers d'une petite aiguille très-fine et courte, elle est percée d'un trou près de sa pointe. Avant de m'en servir, je passe dans ce trou un petit morceau de fil de soie très-fin, ensuite je soulève légèrement la conjonctive avec une petite érigne, et à travers ce pli, je passe l'aiguille armée de son fil; ce dernier est retenu par des petites pinces, et en retirant l'aiguille, le fil reste dans la conjonctive; alors je place le fil sur le nez, s'il s'agit d'un strabisme divergent, et sur la tempe, si c'est un strabisme convergent, et je le fixe dans cette position par un petit morceau d'emplâtre agglutinatif. Après deux ou trois jours, cet appareil orthopédique est enlevé, et l'œil a repris et conserve sa position normale. Ce fil a été placé, pour la première fois, par Dieffenbach. J'ai rapporté cette observation dans mon travail sur le strabisme.

Dans un prochain article, nous examinerons les causes des récidives, et nous exposerons les phénomènes physiologiques de l'œil strabique, avant et après l'opération.

Ch. Phillips.

CHIMIE ET PHARMACIE.

DE QUELQUES NOUVELLES PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES EMPLOYÉES DANS LE TRAITEMENT DE LA GALE.

A ce titre seul, nous entendons les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* se récrier : Quoi! encore des antipsoriques? le nombre de ces spécifiques n'est-il donc plus suffisant? et qu'ont à faire de nouveaux essais dans ce genre de médication? Oui, certes, les moyens de combattre, de détruire la gale, sont déjà très-nombreux, très-divers, et de plus, la plupart sont certains, assez efficaces. Mais sont-ils tous également faciles à manier? sont-ils tous sans inconvénients? Quelques-uns même, tels que les onguents, les pommades, les lotions sulfureuses, ne sont-ils pas désagréables, répugnants pour les malades? enfin, quelques autres, comme les arsenicaux, les mercuriaux, n'entraînent-ils pas après eux quelques dangers? Telles sont les questions que nous allons tenter de résoudre : 1° en passant rapidement en revue les antipsoriques anciens et modernes; 2° en indiquant leur composition, la durée moyenne de leur emploi; 3° en signalant leur nullité ou leur insuccès, leurs inconvénients ou les accidents auxquels ils exposent; 4° enfin, en faisant connaître les compositions pharmaceutiques essayées en ce moment à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Cazenave, laissant à ce praticien l'honneur de ces tentatives, l'appréciation ultérieure de leur valeur ou de leur spécificité.

Il n'y a pas de *guérisseur*, d'*empirique*, de *charlatan*, qui n'ait son remède *certain*, *infaillible*, pour guérir la gale. A cela, rien d'étonnant; car tout ce qui est susceptible de déchirer les vésicules poriques, de détruire le sarcopte, détruit la gale. De là, l'usage ancien et moderne de faire frotter les galeux avec des substances dures, âcres, vireuses, etc., associées ou non à des véhicules gras, acides, spiritueux, etc. Il n'est pas de praticien qui ne sache qu'un de nos médecins militaires les plus distingués, M. Coste, guérissait la gale avec un mélange de brique ou d'ardoise pilée et d'huile ou de graisse; que les soldats emploient dans le même but la poudre à canon délayée dans de l'eau ou de l'alcool; que Baldinger faisait usage d'un onguent composé d'acide nitrique et de soufre; Lentin, d'un décocté d'écorce de peuplier aiguisé d'acide sulfurique; Sala, d'onguent de nicotiane mêlé à l'acide que nous venons de nommer; Borelli, d'alumine purifiée; Zacutus Luzitanus, d'une pommade d'amandes amères; Beireis, de bains de mer, précédés de frictions sèches; Trécourt, d'un décocté de soufre

et d'arsenic ; Pilargue, de suie unie à de la crème de lait ; Freitag, d'un soluté de mercure dans l'eau forte ; Heister, d'un amalgame de plomb et de mercure ; Düland, d'eau mercurielle, de frictions d'opium, de bains avec le décocté d'écorce de chêne, de lotions avec l'esprit de vin, etc.

Tous ces agents, moyens ou méthodes de traitement de la gale, sont loin d'être semblables ; tous également ne sont pas sans danger ; leur énumération suffit pour faire connaître de suite ceux qui se rapprochent les uns des autres par leur composition, ceux qui sont très-différents, et ceux enfin dont l'usage peut être suivi d'accidents plus ou moins graves. Nous n'insisterons pas davantage sur ce sujet ; quant à la durée moyenne de leur emploi curatif, elle varie de quatre à sept jours. Mais poursuivons. Marianus Sanctus, qui exerçait dans le seizième siècle, frottait les malades avec un onguent dit *nobile ad scabiem*, et dans lequel il entrait du vin, du soufre, du sel marin, de la saponaire, de la cire et de l'encens ; Nicolas Myrepsus recommandait le beurre rance uni à de l'arsenic, à de la térébenthine, à du soufre vif, de la litharge, etc.

Parmi les préparations vantées par Scribonius Largus, nous citerons le mélange de poix liquide, de soufre vif, d'alun et de cire. En Danemark, le goudron est seul usité ; en Angleterre, on a recommandé le suc de scabieuse et l'axonge bouillis ensemble. En se frottant les paumes des mains, dit Jasser, avec une pommade composée de soufre dépuré, de sulfate de zinc, d'axonge et d'huile de laurier, on se guérissait de la gale. Cette pommade paraît être la même que les Allemands employèrent dans le quinzième siècle sous le nom de *pommade de Schmuker*.

L'onguent doré de Manget, formé de soufre, de mercure doux, d'huile de tartre, de soufre doré d'antimoine, de baume de soufre et d'huile de térébenthine, guérissait également en peu de jours (cinq ou onze), et ne valait ni plus ni moins que toutes les formules que nous venons de rapporter. Telles étaient les compositions pharmaceutiques, tantôt simples, tantôt complexes, que l'on a employées dans le traitement de la gale avant d'arriver à l'usage plus rationnel du soufre, agent médicamenteux que l'on administre sous toutes les formes, de toutes les manières, et que la majorité des praticiens de nos jours regardent comme le *spécifique* par excellence. Pourquoi faut-il que toutes les préparations, tous les mélanges dans lesquels il entre, soit en nature, soit à l'état de gaz, soit à l'état de sulfure, laissent après eux une odeur si fétide, si insupportable !

Avant d'entrer dans plus de détails sur l'emploi du soufre comme antipsorique, voyons rapidement les quelques végétaux et les mélanges

onguentacés dont les propriétés ont pu rivaliser avec celles du métalloïde que nous venons de citer.

L'opium a été justement abandonné; il n'en est pas de même de l'herbe aux gueux (*clematis vitalba*); que Vicary a employée avec succès, et qu'il serait peut-être bon d'expérimenter de nouveau. Pilée dans un mortier et mélangée à de l'huile, cette plante guérissait en deux ou trois jours les gales les plus récentes. Nous en dirons autant de l'écorce de racine de dentelaire (*plumbago Europæa*), recommandée par Sumeire, et employée en poudre associée à de l'huile et à du sel. Trois ou quatre frictions suffisaient ordinairement pour détruire les vésicules psoriques.

A la partie corticale de la racine de dentelaire, M. Bouteille préférait les feuilles, les tiges et les sommités mises en digestion dans de l'huile d'olive. Ici l'effet était moins prompt (huit à quinze jours de traitement étaient nécessaires); mais tout était à l'avantage du système cutané, qui était beaucoup moins irrité. De nouveaux essais pourraient donc être avantageux?

M. Ranque, d'Orléans, a préconisé des lotions avec un décocté de graines de staphisaigre et d'extrait de pavot indigène; mais lui seul a eu des succès avec une pareille méthode.

On a été plus heureux avec le tabac (*nicotiana tabacum*), seul ou associé à du sel ammoniac; à de la soude, dont les propriétés contre la gale ont été connues de Boërhave, de Dodoens, Coste, Béeu, etc. Huit jours en été, quinze en hiver, étaient suffisants; on faisait trois frictions par jour, chaque friction durait huit à dix minutes. Toutefois, ce moyen n'est pas sans danger.

En Lorraine et dans les Vosges, on se guérit de la gale en huit ou dix jours, en se frottant les parties vésiculées avec de l'huile de chenevis ou de navette qu'on a fait bouillir sur la seconde écorce de l'aune noir (*aunus nigra baccifera*). Enfin, les renoncules, les anémones, la vermiculaire brûlante, les feuilles de noyer, celles de cornouiller, de sabine, de rue, de menthe, etc., ont été employées comme antipsoriques. Vaidy a guéri avec le liniment camphré; Peyrilhe et Gallée, avec le liniment ammoniacal, et cela en très-peu de temps (neuf à douze jours). On n'est pas aussi heureux avec l'eau végéto-minérale, qui a l'inconvénient de noircir et de rider la peau. La pommade dite d'*Alyon* est également infidèle. Nous apprécierons à la même valeur, comme informes dans leur composition, sales et dégoûtants dans leur emploi, 1° l'*onguent citrin* (soluté de mercure dans l'acide nitrique et axonge); 2° l'*onguent de Werlhof* (précipité blanc et onguent rosat); 3° l'*onguent de Pringle* (soufre, ellébore blanc, sel

ammoniac, axonge); 4° ceux des pharmacopées d'Augsbourg et d'Espagne, composés, le premier avec : styrax liquide, térébenthine, beurre, suc de limon, cérat lavé, sel commun ; le second avec : beurre, térébenthine, cérat, soufre sublimé, alun calciné, blanc d'œufs, suc de limon ; 5° l'*onguent de Selle* (précipité blanc, soufre vif, antimoine, axonge, huile de laurier; 6° la *pommade d'Hufflaud* (graisse de vipère, oxyde de zinc précipité, lycopode). Quant aux arsenicaux, aux mercuriaux, aux solutés de sublimé dans l'eau ou l'alcool, on doit les bannir à jamais de la thérapeutique de la gale, sans en excepter, au contraire, la fameuse *eau de Mettemberg*, liquide qui trouve son analogue dans le soluté de Freitag, ou mieux encore, dans l'eau mercurielle de Duland, dont nous avons parlé au commencement de cette longue énumération.

Nous arrivons enfin au soufre et à ses composés ; nous aurons à considérer, 1° la *poudre de Chaussier* (soufre, acétate de plomb et sulfate de zinc), qui s'emploie en frictions, par pincées, dans la paume des mains ; 2° mais dans un intérêt beaucoup moindre, *l'œuf de l'abbe Quiret* (œuf privé de blanc, rempli de soufre, cuit sous la cendre, réduit en pâte, etc.) ; 3° toutes les pommades soufrées, tous les liniments, les bains, les lotions, etc., ayant le soufre pour base, demandant quatre, cinq ou huit jours d'usage, mais entraînant après eux une odeur nauséabonde et persistante, une saleté repoussante, la perte du linge, etc. Parmi ces pommades, ces liniments, nous avons :

Le *liniment de Valentin* (soufre gris au natif, chaux vive, huile d'olive ou d'amandes douces).

La *pommade des hôpitaux militaires français* (soufre sublimé, sel marin, graisse de porc).

La *pommade d'Helmerich* (soufre sublimé, potasse purifiée, axonge).

La *pommade de Pyhorel* (sulfure de chaux et huile d'olive).

Le *soluté d'Alibert* (sulfure de potasse, eau, acide sulfurique).

Le *soluté de Dupuytren* (comme ci-dessus). Ces deux solutés peuvent guérir en deux à cinq jours, neuf au plus. Mais quelle fétidité ils répandent autour des malades!

La *pommade du docteur Meyer* (soufre pur, poudre de racine d'ellébore, nitrate de potasse, savon noir, axonge).

La *pommade du docteur Émery* (savon noir, sel marin, soufre, alcool, vinaigre, etc.).

La *pommade d'Alibert* (soufre sublimé, axonge, acide sulfurique).

La *pommade du docteur Lison* (litharge, huile d'olives).

La *pommade du docteur Hospital* (soufre sublimé, chlorure de chaux, axonge).

Le *soluté de Bagneris* (acide sulfurique très-étendu d'eau). Dix à douze jours sont nécessaires.

Le *liniment de Jadelot* (sulfure de potasse, savon blanc du commerce, huile de pavot, huile volatile de thym). Quatre à huit jours suffisent ordinairement.

Les *fumigations de Galès* (soufre sublimé et brûlé convenablement dans un appareil ***ad hoc***, par conséquent, gaz acide sulfureux). Glauber a connu le mode d'administration du soufre dans le traitement de la gale.

Ici, arrêtons-nous un instant. Certes, de toutes les méthodes suivies pour guérir la gale, les fumigations sulfureuses sont sans contredit les meilleures, les plus certaines dans leurs effets, les moins désagréables dans leur application ; toutefois, elles ne sont pas sans inconvénients, sans danger même. Les dangers, on les évitera toujours quand les fumigations seront dirigées par des personnes de l'art. Il n'en sera pas tout à fait de même des inconvénients, ceux d'altérer le tissu de la peau, qui tiennent à la nature de la médication elle-même. De plus, cette médication n'est pas à la portée de tous les malades ; on ne la rencontre d'ailleurs que dans les grands établissements, dans les grandes villes. On peut, jusqu'à un certain point, les remplacer par des bains sulfureux, bains préparés avec des eaux minérales sulfureuses, naturelles ou artificielles ; mais, outre que ces bains ne sont pas encore toujours pris impunément, ils sont chers, et, par conséquent, accessibles à un petit nombre de personnes seulement. De là probablement les essais nouveaux du docteur Cazenave, essais faits avec les préparations pharmaceutiques que nous allons faire connaître, qui ont, quelques-unes du moins, leurs analogues dans de vieux ouvrages de thérapeutique, et dont la durée moyenne, pour l'emploi curatif, varie entre sept et neuf jours.

Ces préparations sont les suivantes :

1° *Lotion iodurée.*

Iodure de potassium.	10 grammes.
Iode.	2 grammes.
Eau.	1,000 grammes.

2° *Lotion aromatique.*

Thym.	90 grammes.
Eau bouillante.	1,000 grammes.

3° *Lotion aromatique acide.*

Thym.	60 grammes.
Eau bouillante.	1,000 grammes.

Passez, et ajoutez :

Vinaigre.	250 grammes.

4° *Lotion chlorurée.*

Chlorure de soude.	60 grammes.
Eau.	1,000 grammes.

5° *Lotion alcoolo-aromatique.*

Essence de menthe.	de chaque 4 grammes.
— de romarin.	
— de lavande.	
— de citron.	
Alcool rectifié.	1,000 grammes.
Eau.	5,000 grammes.

6o *Lotion alcoolo-acide.*

Alcool rectifié.	de chaque 500 grammes.
Vinaigre.	
Acide sulfurique.	125 grammes.
Eau.	8,000 grammes.

7° *Lotion acéteuse camphrée.*

Camphre.	15 grammes.
Vinaigre blanc.	1,000 grammes.

8° *Lotion alcoolo-aromatique concentrée.*

Menthe poivrée.	de chaque 250 grammes.
Romarin.	
Thym.	
Sauge.	
Lavande.	
Alcool rectifié.	4,000 grammes.
Eau.	2,500 grammes.

Incisez les plantes, faites-les macérer dans l'alcool, filtrez après dix jours, et conservez.

Le Dr F. Foy,
pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

RECHERCHES NOUVELLES SUR L'ANATOMIE DES APONÉVROSES ET DES MUSCLES DE L'ŒIL POUR SERVIR A LA GUÉRISON DU STRABISME.

J'ai adressé à l'Académie des Sciences l'exposé de recherches nouvelles sur l'anatomie des aponévroses et des muscles de l'œil ; ces recherches conduisent à l'interprétation scientifique de la persistance d'action des muscles de l'œil, après la section de leur partie antérieure, dans l'opération du strabisme ; elles éclairent sur la méthode à suivre dans cette opération, et peuvent jeter quelques lumières sur les mouvements de l'œil et des paupières, étudiés dans l'état normal.

L'œil n'est pas en contact, comme l'écrivent les anatomistes, avec les graisses de l'orbite ; il en est séparé par une capsule fibreuse dans laquelle il peut se mouvoir avec facilité. Cette capsule, concave et ouverte en dedans, s'insère sur l'extrémité antérieure du nerf optique, entoure les deux tiers postérieurs de l'œil, sans être en contact avec eux, et se termine aux paupières, qui en forment le prolongement. Les muscles droits et obliques la traversent pour se rendre à l'œil, et contractent avec elle des adhérences intimes ; ils ont ainsi deux insertions, l'une à la sclérotique, l'autre à la capsule fibreuse, et ils ne peuvent se mouvoir sans transmettre à celle-ci tous les mouvements qu'ils exécutent.

L'existence autour de l'œil d'une aponévrose non décrite jusqu'à présent, et la double insertion en avant des muscles oculaires, sont les deux dispositions anatomiques que je me propose de faire connaître dans cette lettre. En les décrivant, je montrerai quelle est leur influence sur les mouvements de l'œil et des paupières. Les faits, ainsi rapprochés de leurs conséquences, seront plus aisément compris dans leurs détails, mieux appréciés dans leurs applications.

On sait que, lorsqu'un des muscles de l'œil a été coupé dans l'opération du strabisme, l'action exagérée, d'où résultait la maladie, cesse immédiatement, et que les mouvements qu'on attribue au muscle divisé s'exécutent comme dans l'état normal L'explication de ces effets doit, pour être satisfaisante, s'appliquer indistinctement à tous les muscles de l'œil, puisque la persistance de leurs fonctions s'observe après qu'on a coupé l'un ou l'autre d'entre eux ; elle ne doit supposer aucun phénomène qui exige, comme la cicatrisation, un travail de plusieurs jours, puisque les mouvements que déterminent les muscles divisés se

manifestent immédiatement après que leur section a été faite. L'explication anatomique que je vais présenter est la seule qui réunisse cette double condition ; elle est fondée sur ce fait que les muscles de l'œil, s'insérant tout à la fois à la sclérotique et à la capsule fibreuse, on ne coupe, dans l'opération du strabisme, que la première de ces insertions ; la seconde persiste tout entière, le muscle continue à agir sur la capsule, et, par l'intermédiaire de celle-ci, transmet à l'œil ses contractions simplement affaiblies. Les dissections et les expériences suivantes sont nécessaires pour vérifier ces assertions.

On enlève le globe de l'œil en ayant soin de couper les muscles qui s'y attachent, ainsi que le nerf optique, aussi près que possible de la sclérotique ; la capsule fibreuse se voit alors distinctement avec toutes les dispositions que j'indiquais plus haut ; les muscles coupés peuvent être retrouvés à sa surface interne, et l'on peut s'assurer qu'ils la traversent obliquement, et contractent avec elle les adhérences les plus intimes. Celles-ci sont si fortes, qu'en découvrant ces muscles à leur partie postérieure, et exerçant des tractions sur eux, on les déchire plutôt que de les séparer de la capsule, et que tous les mouvements qu'on leur imprime se communiquent à cette dernière.

Lorsqu'on a bien reconnu de la sorte que les muscles de l'œil ne peuvent se contracter sans faire mouvoir la capsule, on cherche à déterminer comment celle-ci adhère à l œil et peut lui communiquer les mouvements qu'elle reçoit. Sur une autre pièce anatomique, on écarte fortement les paupières, et l'on enlève la conjonctive après avoir reconnu l'adhérence circulaire qu'elle établit entre l'œil et la capsule fibreuse. Ces deux parties se montrent alors écartées l'une de l'autre de deux à quatre millimètres ; l'intervalle qui les sépare est rempli d'un tissu cellulaire très-lâche, que traversent les colonnes formées par les muscles qui vont se rendre à la sclérotique.

Après les dissections doivent venir les expériences sur une pièce qui n'a pas encore servi ; on enlève la paroi supérieure de l'orbite dans ses deux tiers postérieurs, et l'on met à découvert un muscle, le droit interne par exemple ; on s'assure qu'une traction exercée sur lui tire l'œil en dedans, et on le coupe ensuite à son attache, à la sclérotique. Cette section terminée, on peut imprimer à l'œil les mêmes mouvements qu'avant qu'elle eût été faite, en ayant soin toutefois d'exercer, sur la portion orbitaire du muscle, des tractions beaucoup plus étendues qu'on ne l'avait fait d'abord.

La même expérience, répétée sur les autres muscles, réussit également ; mais il faut pour cela changer de pièce, car, si l'on pratique plusieurs sections sur le même sujet, les adhérences de la capsule fibreuse

à l'œil, successivement divisées, sont impuissantes à transmettre les mouvements de l'un à l'autre. La dissection étendue de la conjonctive suffit, même à elle seule, pour détruire la possibilité de cette transmission ; preuve expérimentale que, si un muscle détaché de la sclérotique, par des sections aussi bornées que possible, peut encore agir, quoique plus faiblement, sur le globe oculaire, cette dernière action peut être détruite si l'on a disséqué la conjonctive dans une trop grande étendue. Sans doute, c'est dans des cas de ce genre que l'on a produit des strabismes en sens inverse de ceux que l'on voulait guérir.

La double insertion en avant des muscles de l'œil, et les adhérences de cet organe à sa capsule fibreuse, expliquent, il est vrai, la persistance d'action des muscles après qu'on les a coupés, et indiquent les conditions de cette persistance, mais ils ne conduisent pas à connaître la méthode à suivre dans l'opération du strabisme. Cette connaissance me paraît ressortir, en partie du moins, des dispositions d'une membrane fibreuse immédiatement appliquée sur toute la surface externe de la sclérotique, à laquelle elle adhère seulement autour de la cornée, et que Ténon a fait connaître sous le nom de membrane nouvelle de l'œil. Cette membrane, bien distincte de la capsule que j'ai décrite, se confond avec les gaînes fibreuses des muscles, et sert à les unir les uns aux autres, formant ainsi une couche intermédiaire à la conjonctive et à la sclérotique. Il faut la traverser dans l'opération du strabisme, et, lorsque par sa section, on est arrivé dans le tissu cellulaire lâche qui l'unit à l'œil, le stylet glisse sans obstacle derrière la gaîne des muscles, et l'on peut couper ceux-ci avec leurs aponévroses, sûrement et en totalité. Je me suis assuré, sur le vivant comme sur le cadavre, de la facilité étonnante que la connaissance de la membrane de Ténon donne à la section des muscles de l'œil. Cette connaissance est aussi importante dans l'opération du strabisme que celle de la gaîne des artères dans la ligature de ces vaisseaux.

Il est plusieurs particularités que présente l'action physiologique des muscles de l'œil, et dont la cause se trouve dans les dispositions anatomiques que je décris dans cette lettre. Je me bornerai à indiquer celles qui sont relatives à l'influence des muscles droits sur le mouvement des paupières. On s'est demandé, sans en trouver la solution, quel muscle abaisse la paupière inférieure, et comment s'établit cette harmonie admirable qui met toujours en rapport les mouvements d'élévation et d'abaissement des paupières avec ceux que le globe de l'œil exécute dans le même sens. Ces phénomènes sont faciles à comprendre, dès qu'on sait que les cartilages tarses sont la continuation d'une capsule fibreuse, à laquelle s'insèrent, et que mettent en mouvement les mus-

cles élévateur et abaisseur de l'œil. Ces derniers ne peuvent se contracter sans agir tout à la fois sur l'œil et sur les paupières, et la cause de cette action simultanée est tellement anatomique, que, sur le cadavre, on ne peut tirer ces muscles en arrière, après avoir découvert leur moitié postérieure, sans que les paupières ne se meuvent en même temps et dans le même sens que le globe oculaire.

Je pourrais entrer dans des détails beaucoup plus étendus sur l'anatomie des annexes de l'œil et sur les conséquences que l'on en peut déduire; mais je dois me borner, dans une lettre, à esquisser le travail que je me propose de faire sur ce sujet. Il me suffit, dans ce moment où l'importance physiologique des muscles de l'œil sur les phénomènes de la vision, ressort si évidemment des suites de l'opération du strabisme, d'avoir ouvert une voie nouvelle, par une anatomie plus exacte, à l'étude de ces muscles dans l'état de santé, et d'avoir donné une raison incontestable de la persistance d'action des muscles de l'œil après la section de leurs adhérences à la sclérotique. Sous le rapport de cette persistance de fonctions, l'expérience avait démontré des faits que les connaissances acquises ne permettaient pas de prévoir, qu'elles ne pouvaient même pas expliquer; la science s'était laissé dépasser par la pratique; je crois l'avoir, par mes recherches, conduite au point où la pratique était elle-même arrivée.

BONNET,

chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

RÉFLEXIONS ET OBSERVATIONS SUR L'ENTORTILLEMENT DU CORDON OMBILICAL AUTOUR DU COU DU FOETUS.

Parmi les causes qui peuvent mettre obstacle ou retard à la marche du travail de la parturition, il en est une, moins rare qu'on ne pense, sur laquelle je crois d'autant plus important de réveiller l'attention des médecins-accoucheurs, que son oubli ou sa négligence peuvent aller jusqu'à compromettre mortellement la vie du fœtus et entraîner de graves désordres dans le sein de la mère; je veux parler de l'entortillement du cordon ombilical autour du cou de l'enfant, accident qui s'est présenté trois fois dans moins de quatre mois de ma pratique obstétricale, quoiqu'encore assez circonscrite.

Le médecin-accoucheur est-il requis auprès d'une femme dont le travail est en quelque sorte stationnaire depuis plusieurs heures, malgré l'activité des douleurs contractiles de la matrice, après avoir constaté par le toucher que cet arrêt dans le mouvement progressif de la tête du

fœtus ne saurait être attribué ni à la disproportion des diamètres du bassin avec ceux de l'extrémité céphalique, ni à la rigidité des fibres circulaires du col utérin, ni à la résistance des muscles du périnée, ni au défaut d'énergie des contractions de la matrice, il doit être conduit par voie d'exclusion à soupçonner ou plutôt à admettre la brièveté du cordon placentaire. Mais si à ces preuves négatives vient se joindre la présence de deux symptômes que l'expérience me porte à considérer comme pathognomoniques, c'est-à-dire le mouvement alternatif d'abaissement et d'élévation de la tête isochrone aux contractions utérines et à leur intervalle, ainsi que l'apparition d'une douleur vive et poignante dans la région épigastrique, tout à fait distincte des douleurs ordinaires du travail, dès lors le médecin-accoucheur ne doit plus conserver de doute sur la réalité de l'accident en question.

Quant aux funestes conséquences pour la mère et pour l'enfant que peut entraîner la trop grande brièveté du cordon ombilical par suite de ses circonvolutions autour du cou, surtout si le travail se prolonge, il n'est pas de médecin-accoucheur qui les ignore et qui les conteste; et qu'il me suffise de citer ici rapidement les plus fâcheuses, telles que l'hémorragie par décollement brusque et prématuré du placenta et par rupture du cordon, le renversement de la matrice, le danger imminent pour le fœtus de succomber à une congestion sanguine cérébrale, soit par constriction des jugulaires et des carotides, soit par oblitération et arrêt de la circulation des vaisseaux ombilicaux eux-mêmes. Que doit faire le médecin-accoucheur pour conjurer de si redoutables accidents?

De deux choses l'une : ou bien la tête de l'enfant encore mobile et accessible dans tous ses points aux doigts de l'accoucheur n'a point franchi l'orifice du détroit supérieur, ou bien elle est déjà engagée dans l'excavation du bassin.

Dans le premier cas, il faut sans tarder introduire la main dans la cavité utérine, surtout quand la dilatation du col est très-avancée, rompre la poche des eaux, et rendre au cordon ombilical sa longueur naturelle en dégageant le cou du fœtus des circulaires qui l'entourent. Dans le second cas, l'on doit encore tenter la même manœuvre; et si la tête, obstruant toute l'excavation pelvienne, ne permet pas à la main d'arriver jusqu'au cou, l'application du forceps devient on ne peut plus urgente. Que de jeunes êtres nés apoplectiques ont été peut-être les victimes de l'oubli ou du trop long retard de l'emploi de ce moyen sûr et expéditif! Les faits parlent au reste plus haut que les théories; et qu'il me soit permis de citer, sans autre préambule, les trois cas suivants d'accouchements laborieux qui m'ont fourni le texte de ces réflexions pratiques.

I. *Accouchement retardé par la présence de quatre circulaires autour du cou de l'enfant. Application trop tardive du forceps. Mort de l'enfant. Délivrance heureuse de la mère.*

Appelé, le 30 juin 1840, à trois heures du matin, auprès de madame S... G..., atteinte depuis plus de dix heures des douleurs de l'enfantement, j'appris par la sage-femme que le travail ayant débuté avec une certaine énergie, avait tout à coup ralenti sa marche progressive depuis que la tête du fœtus était parvenue au détroit inférieur. Pensant que les contractions utérines étaient trop faibles pour vaincre la résistance des muscles du périnée et des parties génitales, je proposai l'administration du seigle ergoté. Sous l'influence de cette poudre merveilleuse, la matrice ne tarda pas de mettre en jeu toute la puissance et l'activité de ses contractions expulsives; mais la tête de l'enfant se maintint toujours au même point pendant plus d'une heure. Une saignée du bras fut pratiquée d'après les instances de la mère; et bientôt après un bain entier à 26° R. fut ordonné et pris dans le but de diminuer un peu la rigidité des tissus organiques. Même immobilité de la part du produit de la conception, malgré la persistance des efforts de la mère. Cependant je m'aperçois que la tête du fœtus descendait de dix à douze millimètres (cinq à six lignes) durant chaque douleur pour remonter au même niveau dès que celle-ci avait cessé, et de plus que la dame accusait à chaque contraction un tiraillement excessivement douloureux dans la région épigastrique. Présumant dès lors que la brièveté du cordon ombilical, par suite de ses circonvolutions autour du cou de l'enfant, devait être l'unique obstacle à l'expulsion complète de la tête, j'employai tous les moyens possibles pour pénétrer jusqu'au cou et le dégager de ses circulaires : tous mes efforts furent infructueux, tant la tête remplissait hermétiquement toute la capacité du bassin. C'est alors que je fis entrevoir aux parents la nécessité de recourir promptement au secours du forceps pour mettre fin à la longueur d'une scène si déchirante, et surtout pour prévenir la mort de l'enfant probablement encore plein de vie; mais, malgré mes pressantes sollicitations, il me fut impossible d'obtenir le consentement d'une famille trop pleine de confiance dans les ressources de la nature. Néanmoins, après huit heures complétement nulles du travail le plus opiniâtre et le plus soutenu, l'on se décide, mais beaucoup trop tard, à reconnaître l'impuissance de la nature et à réclamer le secours de l'instrument naguère si *formidable.* Avant de mettre la main à l'œuvre, et pour qu'on ne mît pas sur le compte du forceps un accident qui n'était que la conséquence de son emploi trop tardif, je crus devoir manifester aux parents la

crainte et la presque certitude où j'étais d'extraire un enfant mort. L'instrument est appliqué, et en deux ou trois minutes madame se trouve délivrée d'un travail très-douloureux qui durait depuis près de vingt mortelles heures. Je me hâte de dérouler quatre circonvolutions qui cernaient le cou de l'enfant, je laisse couler le cordon, je pratique des frictions stimulantes, j'insuffle de l'air dans l'organe pulmonaire, etc., etc. ; mais tous ces moyens, pour le rappeler à la vie, sont inutiles : l'enfant, pourpré et livide, avait été frappé d'apoplexie dans le sein même de sa mère.

II. *Accouchement retardé par l'entortillement du cordon autour du cou de l'enfant. Prompte application du forceps. Conservation de la vie de la mère et de l'enfant.*

Je fus requis, le 5 août 1840, pour aller dans le territoire de Saint-Marcel-d'Ardèche délivrer la jeune femme d'Eus..., présentant depuis plus de vingt-quatre heures les douleurs de la parturition. Je m'assure par le toucher que la tête se présentait en première position occipito cotyloïdienne gauche, que le col de la matrice était dilaté comme un écu de cinq francs, que sa mollesse suffisait pour éloigner l'idée de sa résistance dans le cas actuel, et que nul vice de conformation ne paraissait pas plus exister dans le bassin de la mère que dans la tête du fœtus. Cependant, afin de solliciter toute l'activité des contractions de la matrice que la pauvre patiente, épuisée par de si longues souffrances, était loin de faire valoir, j'administrai deux grammes de scigle ergoté, et en moins d'un quart d'heure les douleurs expulsives prirent un nouveau surcroît de fréquence et d'intensité, au point de pousser la tête dans l'excavation pelvienne : mais là se borna tout progrès de descente, malgré la continuité et l'énergie des efforts. La manifestation d'une douleur dans la région épigastrique, jointe à l'existence du mouvement alternatif de *hausse* et de *baisse* de la tête, me donna l'éveil sur l'existence d'une brièveté accidentelle du cordon ombilical. Je n'eus rien de plus pressé que de chercher à glisser la main jusqu'au cou pour le dégager de ses circonvolutions ; mais absolument impossible d'y parvenir. Sans perdre de temps, j'appliquai le forceps, et je fus assez heureux pour extraire un enfant vivant, quoique peu vivace. Je dégage les deux circulaires du cou, je laisse couler le cordon, et je préviens ainsi l'imminence d'une congestion cérébrale. Cet enfant jouit aujourd'hui de la plus parfaite santé.

Si, dans le cas précédent, l'application du forceps eût été faite dès l'instant même que je la proposai, aurions-nous à déplorer la mort d'un enfant bien constitué, dont la mère avait depuis peu perçu les mouve-

ments actifs dans son sein ? Que l'on compare attentivement ces deux faits, et puis que l'on réponde !

III. *Accouchement retardé par l'entortillement du cordon autour du cou de l'enfant, et heureusement terminé après la levée immédiate de cet obstacle dans le sein même de la mère.*

Ayant été appelé, le 30 octobre 1840, dans une commune du canton du Pont-Saint-Esprit (Gard), pour assister à l'accouchement de madame de M..., j'arrivai six heures après la déclaration des douleurs du travail, et je constatai la présentation de la tête en occipito-cotyloïdienne droite au niveau du détroit supérieur, la dilatation commençante du col de la matrice, beaucoup de souplesse dans les tissus, et une conformation parfaite dans les différents diamètres du bassin et de la tête. Je me crus heureux de pouvoir annoncer à la respectable famille de M... que l'accouchement se présentait sous les conditions les plus avantageuses, et que probablement la nature suffirait à elle seule pour fournir à tous les frais de la délivrance : mais, après trois heures d'attente, j'étais loin de conserver une opinion aussi favorable. A peine si, pendant cet intervalle de temps, je fus témoin d'une seule contraction utérine franchement expulsive ; ce n'étaient que des douleurs caractérisées plutôt par des cris de *souffrance* que par des cris d'*effort*. Aussi ne fus-je point surpris de trouver la tête du fœtus au même niveau que lors de mon premier examen. Afin de provoquer de plus fortes contractions de la matrice, j'administre à madame de M..., en trois fois, deux grammes de seigle ergoté dans un demi-verre d'eau sucrée, et, quelques minutes après, les douleurs deviennent plus énergiques, plus longues, plus rapprochées, la poche des eaux se forme, l'orifice se dilate considérablement et la tête commence à s'engager dans l'isthme du détroit abdominal. C'est alors que madame de M... éprouve et accuse à chaque contraction une douleur vive et poignante correspondante à l'extrémité pylorique de l'épigastre, et que je m'aperçois du mouvement alternatif d'avance et de recul de la tête. Convaincu que l'existence de ces deux symptômes non équivoques était due à la brièveté du cordon ombilical, je m'empressai de lui rendre sa longueur naturelle ; je rompis la poche amniotique, je foulai le vertex à peine engagé au-dessus du détroit supérieur, et parvins à dérouler plusieurs anses du cordon qui serraient le cou de l'enfant. A peine cette manœuvre un peu douloureuse eût-elle été terminée, que la tête, libre de toute contrainte, ne tarda pas à descendre jusqu'au détroit périnéal, et à se présenter hors de la vulve sous l'influence de trois ou quatre contractions des plus énergiques. Je dégageai promptement le reste du

corps, fis la section du cordon, et laissai couler les vaisseaux ombilicaux jusqu'à ce que l'injection vasculaire pourprée de la face de l'enfant eût disparu pour faire place à une couleur normale. Cet enfant, sur lequel la nature n'a rien oublié, fait à juste titre aujourd'hui l'orgueil et les délices de sa mère.

CADE, D. M.,
A Bourg Saint-Andéol (Ardèche).

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne. — Lettres sur l'histoire de la médecine et sur la nécessité de l'enseignement de cette science, par J. E. DEZEIMERIS.

Ardent et consciencieux promoteur des études historiques en médecine, M. le docteur Dezeimeris a, dans plus d'une occasion, élevé une voix éloquente et convaincue, en faveur de la réhabilitation de cet ordre important d'études dans nos facultés. Pour tous ceux dont l'intelligence a mesuré l'étendue du champ de la science, et qui savent à quelles conditions s'accomplit tout progrès dans l'échelle des connaissances humaines, l'utilité des études historiques ne saurait être douteuse un seul instant. Comment se fait-il cependant que cette utilité ait cessé tout à coup de frapper les esprits, et qu'à l'heure qu'il est, si peu d'hommes s'inquiètent sérieusement du passé de la science? La raison principale de cette incuriosité systématique, c'est l'aveugle asservissement dans lequel la théorie de l'irritation a trop longtemps tenu les esprits. Broussais, comme tous les hommes ardents et passionnés, avait une foi entière et explicite à son idée, et quand, dans son examen des doctrines médicales, il passe successivement en revue les principaux travaux systématiques des diverses générations médicales qui l'ont précédé, il voit tout au travers de sa préoccupation, et condamne sans hésiter, et souvent sans le bien connaître, tout ce qui lui paraît contredire l'idée fondamentale de sa théorie. D'ailleurs, doué d'une incontestable puissance de généralisation, Broussais a dû voir toute la science dans les systèmes, et rien au delà ; cette seconde erreur, cette sorte d'énumération incomplète des éléments d'une science inachevée, lui a caché une face tout entière du passé qu'il voulait juger : en acceptant presque sans conteste l'idée théorique de cet homme, la génération médicale contemporaine a également accepté sa critique erronée d'un passé scientifique, qui lui

était inconnu. Quand cette erreur fut bien établie dans les esprits, le divorce de la science du passé et de la science moderne fut consommé ; à partir de ce jour, les études historiques furent à peu près complétement abandonnées. Une telle erreur ne pouvait durer toujours : les faits sur lesquels s'appuyaient les principes de la vieille science, éternels comme les lois qui les commandent, devaient infailliblement les reproduire, et ramener aux principes qui les expliquent et les font entrer dans l'ordre scientifique ; c'est ce qui est advenu et ce qui a amené la réaction qui existe aujourd'hui dans tous les esprits contre l'idée de Broussais, en même temps que cette tendance qui commence enfin à se montrer vers les études historiques. Entre les quelques hommes qui ont résisté à l'entraînement général, et qui, tout en acceptant le progrès moderne, n'ont point cru devoir s'interdire cependant les enseignements féconds du passé, nous devons compter et mettre immédiatement hors de ligne M. Dezeimeris, auquel nous devons l'ouvrage le plus important sur la matière, *le Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne*. Dans ce livre, dont le succès est des mieux mérités, et dans ses lettres sur l'*Histoire de la médecine*, le bibliothécaire judicieux et érudit de la faculté établit l'absolue nécessité des études historiques; il prétend à plus, c'est à savoir, à démontrer que l'histoire réelle de la science n'a point été faite jusqu'ici, et n'a pu l'être, grâce aux méthodes essentiellement vicieuses qu'ont suivies les divers historiens; suivant l'auteur, l'histoire réelle des sciences n'existe pas plus dans les historiens que celles-ci ont eus jusqu'à nous, que l'histoire d'une nation ne se trouve dans les tablettes chronologiques de tels ou tels historiens : l'histoire des sciences, telle que nous la possédons, est à l'histoire réelle des sciences ce que les annales universelles des peuples sont par rapport à l'histoire civile et politique de chaque nation en particulier. « C'est, dit-il, l'histoire chronologique des savants, c'est l'histoire critique et littéraire de leurs productions, ce sera tout ce que vous voudrez, hormis l'histoire réelle des sciences. Vous pouvez, pour une époque donnée, y trouver dépecés en une foule d'articles sans liaison scientifique, des lambeaux plus ou moins nombreux de la science d'alors; mais vous n'y trouverez pas l'histoire d'un point quelconque de la science suivie à travers la durée des temps, de telle sorte que ce soit la science qui marche ; vous n'y verrez point la science, objet essentiel de votre étude, s'avancer avec les siècles au milieu de la foule d'auteurs qui la cultivèrent, recevant de chacun de ceux qui l'enrichirent le trésor qu'il a découvert, sans se laisser distraire et offusquer par l'énorme fatras de matériaux de toute espèce qui encombrent sa route. Non seulement vous ne trouverez pas cette histoire réelle de la science dans les histoires

que nous possédons, mais vous n'y trouverez point les matériaux nécessaires pour la faire vous-même dans cet esprit, avec les lambeaux ramassés par l'historien. »

Voilà un jugement net et précis. L'histoire des sciences en général, l'histoire de la médecine en particulier, n'est point faite, les matériaux qui doivent entrer dans sa composition n'ont pas même été recueillis : sous prétexte d'histoire de la science, on ne nous a donné que la biographie des hommes qui la cultivèrent, quelquefois l'histoire des milieux dans lesquels celle-ci se développa. Et cette déplorable stérilité, sous une si plantureuse apparence, M. Dezeimeris en voit la raison, comme nous l'avons dit déjà, dans les méthodes vicieuses qu'ont suivies les historiens. Or, il affirme être en possession d'une méthode à l'aide de laquelle seule peut, suivant lui, être tentée et exécutée une histoire réelle de la science. Pour exposer cette méthode, et donner à la pensée de M. Dezeimeris tout le développement nécessaire, pour en rendre la compréhension facile, il faudrait que nous pussions nous étendre nous-même beaucoup plus qu'il ne nous est permis de le faire ici ; forcé de nous restreindre, nous nous bornerons à ce qui suit : Suivant l'auteur, la véritable histoire de la science, l'histoire réelle, l'histoire intrinsèque, comme il dit, ne doit tenir compte que des faits réellement progressifs ; d'où il suit que la méthode suivie par l'historien dans l'exécution de son œuvre doit nécessairement être telle, qu'elle lui permette de suivre dans l'espace et dans le temps le développement progressif de la science. Or cette condition implique immédiatement l'obligation d'étudier les matériaux dont doit sortir la science, non comme on l'a presque toujours fait jusqu'ici, suivant l'ordre chronologique, mais bien suivant l'ordre des matières ou de l'idée (pardon, pour ce dernier mot, à M. Dezeimeris). Une seconde et non moins inévitable conséquence de la méthode historique dont il s'agit, c'est de forcer celui qui l'emploie à scinder l'objet de ses études, à égrener, à émietter la science, si nous pouvons ainsi dire. Pour notre auteur, qui n'admet, en fait de méthode générale, que les idées de Bacon, de Condillac, les expressions que nous venons d'employer seront traduites par celles d'observation ou d'analyse, et, dans sa pensée, ce qui pour nous ne peut être une difficulté deviendra pour lui un légitime préjugé en faveur de l'excellence de sa méthode. Quoi qu'il en soit à cet égard, et pour nous résumer, la méthode historique, telle que M. Dezeimeris la comprend, se caractérise surtout par la double obligation où elle met celui qui l'emploie de scinder la science et de substituer, dans tous les travaux qu'elle doit régler, l'étude par ordre de matière ou d'idée à l'étude par ordre chronologique. Depuis longtemps déjà l'auteur a conçu la méthode qu'il préconise aujourd'hui,

et le *Dictionnaire historique de la médecine*, que la science lui doit, a été exécuté d'après cette vue. Cet ouvrage par sa nature et son étendue échappe à une analyse de détail; nous demanderons à M. Dezeimeris la permission de ne lui adresser ici qu'une seule objection générale, c'est celle-ci: Le principal fondateur du journal *l'Expérience* n'admet qu'une seule méthode applicable aux sciences, c'est-à-dire la méthode d'observation. Or, nous ne comprenons pas bien comment dans sa pensée ceci se concilie avec l'usage exclusif de la méthode qu'il établit dans l'étude de l'histoire de la science. L'histoire intrinsèque d'une science quelconque, nous dit-il, ne doit tenir compte que des faits réellement progressifs. Au nom de quelle idée, de quel *criterium* infaillible jugera-t-il le caractère des faits que lui transmet l'histoire? De l'observation, sans doute, et de l'observation directe. Mais tous ceux qui prétendent à n'édifier la science qu'avec les matériaux de leur propre et singulière expérience, tous ceux qui admettent la méthode d'observation comme la seule méthode applicable aux sciences, s'appuient sur ce principe même pour rejeter les études historiques, comme étant parfaitement inutiles. Nous croyons pour notre compte que c'est là une manière de philosopher essentiellement vicieuse; mais, nous l'avouerons sans détour, si ceux qui raisonnent ainsi ont tort en fait, ils ont raison en droit: la logique, la vigoureuse logique est pour eux. Il n'y aurait qu'un moyen pour M. Dezeimeris de se tirer de cette difficulté, ce serait d'admettre explicitement le principe fondamental de l'ecclectisme: or nous ne sachions pas que l'auteur en soit venu, et même en doive jamais venir là. Quoi qu'il en soit de la valeur de cette objection, que nous n'adressons à un homme aussi fort que M. Dezeimeris qu'avec une sorte de timidité, nous ne terminerons pas cette courte notice sans le féliciter de la manière dont il a rempli la tâche difficile qu'il avait entreprise, nous désirons, comme M. Dezeimeris, le rétablissement dans la faculté de médecine de Paris de la chaire d'histoire de la médecine: c'est là une lacune immense, et qui doit disparaître. Les ouvrages de M. Dezeimeris, à propos desquels nous avons fait les observations qui précèdent, font cesser tous les doutes qu'on pourrait concevoir sur la nécessité de cette branche importante de l'enseignement médical, et forcera l'assentiment de tous les amis des études fortes.

Traité de la folie des animaux, et de ses rapports avec celle de l'homme et les législations actuelles, par Pierquin, *officier de l'université, etc.*

Voilà, sans contredit, un des ouvrages les plus excentriques, qui

depuis longtemps aient été publiés en médecine. Jusqu'ici, les hommes les plus forts, et du nom le plus grave se sont bornés dans leurs études zoologiques générales, à constater les rapports d'organisation qui lient entre elles les diverses séries animales. Quand tout dernièrement encore MM. Burdach, de Blainville et Dugès ont tenté quelques timides efforts pour constituer les bases d'une physiologie comparée, ils ne se sont point dissimulé l'immensité de la tâche qu'ils entreprenaient, et ont donné en quelque sorte leur ouvrage comme de simples prolégomènes d'une science qui est presque encore tout entière à faire. M. Pierquin saute à pieds joints par-dessus ces deux sciences, dont il paraît du reste fort innocent, et arrive d'emblée à la pathologie comparée ; noble, généreuse audace, au moins ; mais l'auteur a reculé devant l'idée d'embrasser un tel sujet dans sa large généralité, il s'est borné à en détacher une partie intéressante dont il a fait pendant vingt ans l'objet de ses études : c'est la pathologie mentale. Rien que ce dernier mot, quant il s'agit de la folie des animaux, nous conduirait à rechercher de quelle manière M. Pierquin résout la question philosophique préjudicielle, qui, lorsqu'il abordait un tel sujet, a dû se présenter immédiatement à son esprit : nous nous contenterons de dire que de ce côté de la question, comme de celui dont il s'agissait tout à l'heure, l'auteur, fort confiant en ses propres forces, à ce qu'il semble, marche dans son indépendance et dans sa liberté. Après quelques vagues citations, dont il ne paraît pas même toujours saisir le sens précis, il se hâte d'exprimer son opinion sur la distinction, que toute science bien comprise établit nécessairement entre la nature de l'homme et celle de la brute : et, hâtons-nous de le dire, si M. Pierquin tombe ici dans des contradictions évidentes, nous ne disons pas seulement dans la pensée, mais même dans les termes, son intention au moins doit être sauve : c'est une expression inhabile, c'est une connaissance insuffisante des hautes questions qu'il traite, qui trahit l'intuition juste de son bon sens.

Mais maintenant, comment M. Pierquin, privé à peu près complétement des données importantes, nécessaires, que devaient lui fournir les sciences philosophiques et anatomico-physiologiques, comment M. Pierquin, disons-nous, manquant de ces données, a-t-il pu faire route dans le pays nouveau où il s'aventurait? Nous devons le dire, à peu près comme un des conteurs des *Mille et une Nuits*, ou comme nos romanciers modernes racontant l'histoire, mettant très-souvent à la place des faits les conséquences plus ou moins légitimes d'une idée : nous allons du reste indiquer d'une manière rapide le cadre, ou le plan du travail de l'auteur. Après un discours préliminaire, intitulé Ency-

clopédie de la folie, et dans lequel surtout se font sentir les vides que nous venons de signaler, M. Pierquin étudie successivement la folie chez les animaux dans ses causes, dans ses symptômes, comme dans ses rapports avec les diverses formes de l'aliénation mentale chez l'homme. Jusqu'ici, les philosophes et les physiologistes qui avaient admis l'identité de nature de toute la série animale, avaient eu au moins la vergogne de tenir l'homme à une immense distance de tout le reste de la série, en reconnaissant chez celui-ci des facultés qui n'existaient pas ailleurs, ou au moins n'existaient qu'à l'état tout à fait rudimentaire : M. Pierquin lui, tout spiritualiste qu'il est en principe, retrouve dans les animaux toutes les facultés, soit compréhensives, soit afflictives, que la psychologie constate dans la conscience humaine : de là de multiples et bien remarquables formes d'aliénation chez les animaux, telles que la mélancolie érotique, la philopœmanie, la klopomanie, l'œstromanie, la monomanie nostalgique, ambitieuse, etc., la panophobie, la monomanie infanticide, suicide, l'idiotie accidentelle, partielle, etc. ; mais il ne suffit pas d'hérisser la science de ces grands mots, il faut des choses sous ces mots : or, cette dernière condition, toute importante qu'elle est, M. Pierquin paraît fort peu s'en inquiéter. Pour peu qu'il ait rencontré un chat dérobant à quelque cordon bleu distrait le moindre morceau, ou un chien exprimant d'une manière un peu trop vive ses amours, cela lui suffit : l'un est klopomane, l'autre un érotomane ; le cheval de Job piaffant avec une si martiale ardeur, dilatant ses naseaux enflammés au son de la trompette guerrière, n'est qu'un piètre animal atteint de monomanie ambitieuse, etc. Du reste, nous ne voyons dans tout ceci que des idées paradoxales, à propos desquelles on pourrait dépenser énormément d'esprit; mais au milieu de ces idées fort innocentes, l'auteur en émet quelques-unes qui, si elles venaient à faire conviction dans quelques esprits prédisposés, pourraient entraîner de fâcheuses conséquences. Ainsi, par exemple, la rage n'est, suivant lui, qu'une manie aiguë, dont les symptômes sont déterminés, non pas par le virus rabique, mais bien par la terreur, la perturbation morale violente dont hommes et bêtes sont frappés dans les circonstances au milieu desquelles cette maladie se développe ordinairement : de là la proscription du moyen unique, sur l'efficacité duquel on peut légitimement compter en pareil cas quand il est employé à temps, savoir la cautérisation. Ecoutez l'auteur maintenant : « Qu'on défende, par exemple, sous des peines sévères, de maltraiter les chiens, ainsi que tous les autres animaux, de les battre, lorsqu'ils sont attachés ou libres, pendant la saison du rut, de lier à leurs queues des savates, des casseroles, et on verra si la rage se développe. » Ce qui nous manque évidemment, c'est une

société philantropique des amis des bêtes. Autre excentricité bien remarquable, les chiens n'aboyaient point autrefois, ils poussaient des accents plaintifs, grondaient; l'aboiement est une phonation perfectionnée, c'est un résultat de la civilisation de l'espèce. Que les érudits se mettent donc en quête; peut-être pourront-ils se laisser guider d'abord par le mode d'investigation suivie depuis si longtemps pour retrouver les ambassadeurs envoyés jadis à Jupiter, et dans peu nous pourrons arriver à découvrir les Niebelungen, les Edda de la race canine. Enfin, qui que vous soyez, avez-vous, une fois en votre vie, rêvé noir ou rose, dinde aux truffes ou bouilli réchauffé, monarchie ou république, citrouille ou cornichon, vous êtes, de par le diagnostic de M. Pierquin, dûment atteint et convaincu de folie : le rêve en effet, de quelque couleur qu'il soit, n'est autre chose qu'une folie nocturne; c'est pour le coup que nous pouvons dire avec le poëte :

Le monde est plein de fous, et qui n'en veut pas voir
Doit rester dans sa chambre et casser son miroir.

Il y a pourtant dans ce livre beaucoup d'érudition.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De la teinture d'iode, comme médication topique, dans le traitement du chancre phagédénique. — Le chancre phagédénique constitue la forme la plus grave de l'ulcère primitif de la syphilis.

L'irrégularité de sa marche, les recrudescences si faciles sous les influences pathologiques générales, telles que le scorbut, le mauvais état des voies digestives, etc., etc., avaient jusqu'ici rendu inutiles tous les efforts des praticiens dans le but de régulariser son traitement.

Le même chancre phagédénique était soumis successivement à toutes sortes de médications topiques, jusqu'à ce qu'enfin la cicatrisation se fît; et le moyen qui d'abord avait paru aggraver la maladie était quelquefois celui pendant l'emploi duquel, plus tard, la guérison s'obtenait, à part la médication générale propre à rendre aussi parfaite que possible la santé générale du malade, sur laquelle le médecin doit toujours avoir l'œil ouvert. En mettant de côté tous les moyens topiques bien connus et souvent bien peu utiles, dont l'énumération serait trop longue, je dois dire que, par aucun, M. Ricord n'a obtenu des résultats aussi heureux, aussi prompts, que par la teinture d'iode. Depuis trois

mois environ qu'il emploie ce médicament, il a obtenu, à peu près constamment, une modification prompte des surfaces ulcéreuses, qui bientôt perdaient leur caractère phagédénique.

Un malade entre, dans les premiers jours de novembre, à l'hôpital du Midi, portant un chancre du fourreau. Ce chancre prit le caractère phagédénique, et s'étendait quoi qu'on fît; de la teinture d iode pure fut appliquée à la surface avec un petit pinceau, il fut recouvert de charpie sèche; le lendemain, les bords décollés étaient affaissés, le fond avait un meilleur aspect. Nouvelle application de teinture d'iode; quelques jours après, il était cicatrisé.

Il en fut de même pour plusieurs; mais dans un autre cas surtout, l'action de la teinture d'iode fut bien évidente. Un malade, couché au n° 21 de la même salle, portait un bubon passé à l'état phagédénique; l'ulcération inguinale avait près de six centimètres de longueur sur quatre de largeur; il fut traité sans aucun succès pendant deux mois par les moyens les mieux combinés; la teinture d'iode seule, à la fin, modifia les surfaces au point que l'œil voyait chaque jour les surfaces ulcérées diminuer d'étendue. L'iodure de potassium, administré à l'intérieur depuis longtemps, était également resté sans effet; toutefois son usage, dans ce cas, fut continué, conjointement avec la teinture d'iode, en topique. La guérison définitive est arrivée en moins d'un mois.

Des résultats aussi positifs sont très-encourageants, surtout quand on se souvient des difficultés si grandes dont s'entoure ordinairement le traitement du chancre phagédénique, qui dure quelquefois plusieurs années, en dépit de tous les moyens.

De l'emploi de l'acide arsénieux dans la phthisie pulmonaire. — Dans une maladie aussi incurable que la phthisie pulmonaire au troisième degré, les essais thérapeutiques tentés prudemment, même avec des moyens très-énergiques, sont assurément très-permis. Aussi, mentionnerons-nous celui qu'expérimente dans ce moment M. Trousseau à l'hôpital Necker, moyen du reste qui n'est pas nouveau, puisque Dioscoride employait les fumigations de sulfure d'arsenic contre la consomption pulmonaire.

En effet, quelque dangereux que puisse paraître au premier abord un remède, lorsque la maladie contre laquelle on en fait usage est nécessairement mortelle, lorsque d'ailleurs on trouve dans l'histoire de la médecine une autorité sur laquelle on peut appuyer son emploi, il y aurait de l'injustice à accuser de témérité le médecin, alors qu'il a la résolution de ne point rester les mains jointes en présence d'un mal

qu'il n'a plus l'espoir d'enrayer. Ceci s'applique à l'administration de l'acide arsénieux dans la phthisie pulmonaire.

Depuis quelques mois, M. Trousseau a soumis huit malades, à l'action de cet agent. Chez quatre, affectées de diarrhée, la maladie a continué de marcher; elle était très-avancée, et la mort est survenue, comme elle arrive d'ordinaire, par la consomption. Chez les quatre autres, malgré de vastes cavernes, malgré des accidents qui annonçaient une mort prochaine, on a vu, sous l'influence des fumigations arsenicales, les symptômes s'amender, l'état général devenir meilleur, l'appétit revenir, la digestion se faire, l'amaigrissement ne point augmenter, la toux et l'expectoration diminuer; tous les accidents de consomption, en un mot, s'arrêter au lieu de marcher, quoi qu'on fasse, comme il arrive d'ordinaire.

Voici la formule des cigarettes arsenicales. On trempe une feuille de papier blanc dans la solution suivante :

Eau distillée.	30 grammes.
Arséniate de soude.	1 gramme.

On coupe le papier en petits carrés de la longueur du doigt, on fait fumer une et même deux de ces cigarettes par jour au malade, de manière à ce que la fumée pénètre jusque dans la poitrine; les malades y arrivent facilement en faisant une inspiration au moment où la fumée se trouve dans leur bouche. Cette inspiration de fumée arsenicale détermine d'abord un peu de toux, mais quelque temps après elle devient moindre ainsi que l'expectoration.

Ce moyen n'a pas certes encore guéri la phthisie, mais il a paru quelque peu utile. Dans un cas de catarrhe chronique, avec emphysème, il a fait disparaître promptement les accidents de suffocation. C'est pourquoi nous avons cru devoir signaler ces essais et les livrer à l'expérimentation prudente des praticiens.

Ouverture des bubons par débridement sous-cutané, ou par simple ponction, avant que la suppuration soit devenue manifeste. — On doit admettre, avec M. Ricord, dans la formation des tumeurs ganglionnaires, deux espèces de suppurations, l'une intra-ganglionnaire, l'autre périadénique. Cette distinction est surtout importante au point de vue de traitement dans ce qui regarde les bubons virulents; Pour ceux-ci, en effet, il importe de limiter le plus possible le foyer, qui, à cause de sa virulence, sera beaucoup plus difficile à modifier si on laisse le principe inoculable disséquer en quelque sorte les tissus,

décoller la peau. Ainsi, lorsqu'un bubon a une marche franchement aiguë, qu'on a le droit de supposer que c'est un bubon d'absorption, il faut donner issue à la suppuration aussitôt qu'elle est formée, car, lorsque le chancre qui a fourni le principe d'absorption n'est pas induré, on a tout lieu de penser que, quoi qu'on fasse, on ne pourra arrêter le développement du bubon, qui suppurera presque nécessairement. Pour ce qui est des bubons sympathiques des bubons strumeux, il sera souvent plus facile d'en obtenir la guérison en ouvrant le ganglion déjà suppuré, quoique la suppuration ne soit pas manifeste, parce qu'elle n'est pas encore devenue périférique. Si on ouvre le ganglion suppuré avant que la suppuration ne soit manifeste, on voit la résolution du reste de la tumeur se faire beaucoup plus vite sous l'influence des vésicatoires et autres moyens bien connus.

Lorsqu'un malade présente une tumeur ganglionnaire qui, par sa durée, les douleurs qu'elle détermine, permet de croire à la suppuration encore retenue dans la coque fibreuse du ganglion, malgré l'absence de toute fluctuation, M. Ricord plonge obliquement un bistouri dans la tumeur et fait parcourir à la pointe toute l'étendue du ganglion, sans faire à la peau une ouverture aussi étendue, ce qui constitue un véritable débridement sous-cutané. Lorsque le bubon est virulent, il en fait l'ouverture par une simple ponction directe, parce que, comme le trajet de la plaie doit s'inoculer, il faut lui donner le moins d'étendue possible. Ce mode d'ouverture des bubons, d'une exécution un peu plus difficile, qui exige une main plus exercée au maniement du bistouri, ne change du reste rien au traitement ultérieur de cette affection.

L'ouverture prématurée des bubons a seulement l'avantage d'empêcher les décollements de la peau et de ne gêner en rien la résolution, par les moyens appropriés, du reste de la tumeur. Depuis plusieurs mois, M. Ricord se trouve très-bien de ce mode d'ouverture des bubons.

De l'application répétée d'une ou deux sangsues au genou dans la dysmenorrhée. — Tout le monde sait avec quelle facilité une ou plusieurs sangsues appliquées au haut des cuisses, aux grandes lèvres, congestionnent l'utérus; par ce moyen, on voit bientôt des douleurs utérines, lombaires se manifester, et le flux menstruel, suspendu ou en retard, survenir. L'application des sangsues, dans le but de rappeler le flux menstruel, est donc un moyen connu ; mais ce mode d'application n'est pas sans inconvénient; sans rien dire de ce qu'il y a de pénible pour une femme dans l'emploi d'un semblable moyen, on a vu

une piqûre de sangsues aux grandes lèvres déterminer un abcès; d'ailleurs, le prurit que produisent les sangsues peut avoir, surtout chez les jeunes filles, *certains* inconvénients.

Si donc, en appliquant une sangsue en un point plus éloigné des membres inférieurs, on peut arriver au même résultat, ce sera bien préférable; c'est en effet ce qui a lieu. Chez trois malades couchés à la salle Sainte-Anne, service de M. Trousseau, les règles sont survenues à la suite d'une application d'une sangsue faite à la face interne du genou.

Voici au reste ce qui fut fait: une sangsue fut appliquée au genou droit; pendant que la sangsue tint, la malade n'éprouva rien de particulier, mais aussitôt la chute, se manifestèrent des douleurs lombaires qui durèrent près d'une heure, après lequel temps les règles survinrent. Le lendemain, comme elles s'étaient arrêtées une seconde fois, une nouvelle sangsue fut appliquée au genou gauche, et cette fois, les règles, survenues comme la veille, coulèrent normalement pendant trois jours.

Dans un autre cas, les douleurs de congestion utérine commencèrent avec l'application de la sangsue, qui resta appliquée pendant une heure. Il faut avoir grand soin d'arrêter l'écoulement du sang aussitôt la chute de la sangsue, sans cela on n'obtiendrait plus le phénomène congestif qui se caractérise par une rougeur comme érysipélateuse, environnant la piqûre et remontant quelquefois jusqu'au haut de la face interne de la cuisse. Cette rougeur persiste dans quelques cas plus de vingt-quatre heures. Qu'on ne s'étonne pas de l'effet obtenu par l'application d'une seule sangsue, qui pourrait donner, si on la laissait couler, une assez grande quantité de sang pour rougir autant de linge que le fait d'ordinaire l'écoulement normal des règles. C'est un fait que M. Trousseau a plusieurs fois constaté. Il serait donc tout à fait inutile, et même nuisible pour l'effet qu'on s'en propose, d'en appliquer un plus graud nombre.

Cautérisation directe avec le crayon de nitrate d'argent dans l'ophthalmie blennorrhagique. — Il est des maladies qui ne pardonnent pas, qui, si on ne les entrave dans leur marche, amènent rapidement avec elles les plus terribles et les plus irrémédiables conséquences. L'ophthalmie blennorrhagique a toujours été considérée, et avec raison, comme la plus épouvantable maladie des yeux. Qui ne sait, en effet, avec quelle rapidité elle entraîne la fonte purulente du globe oculaire, lorsque le médecin reste paisible spectateur de ses pro-

grès ; mais aussi, il faut convenir que, par une médication active, énergique, on arrive encore assez facilement à conjurer l'orage.

Le premier principe à poser dans le traitement de la blennorrhagie oculaire, dans les moyens à employer, c'est la rapidité et l'énergie proportionnées, je ne dis pas à l'intensité actuelle du mal, mais à la gravité qu'entraînerait nécessairement son développement; sans cela, toute médication deviendrait inutile; le tâtonnement et l'incertitude seraient suivis presque inévitablement de la perte des yeux, comme cela n'est arrivé et n'arrive encore que trop souvent.

Il faut bien prendre garde de s'endormir sur le peu de gravité apparente d'une ophthalmie blennorrhagique : à une inflammation simplement catarrhale, plus ou moins vive, de la conjonctive, avec sécrétion mucoso-purulente abondante, vient se joindre bientôt le gonflement plus ou moins considérable de la conjonctive et du tissu cellulaire palpébral. On voit rapidement survenir le chémosis, qui enchâsse la cornée et l'envahit. L'œdème dur des paupières se manifeste, et la maladie dès lors devient très-grave.

Le médecin appelé au début d'une maladie qui peut devenir si rapidement grave, ne doit pas perdre le temps en vaines délibérations; il doit, avec un crayon de nitrate d'argent, blanchir la face interne des paupières et même la conjonctive oculaire, et produire ainsi une inflammation substitutive dont la gravité sera infiniment moindre. Après cette légère cautérisation, on injecte dans l'œil de l'eau de pavots, tiède, pour enlever le reste du nitrate d'argent qui n'aurait pas encore obtenu son effet; si une première cautérisation ne suffit pas, on y revient le soir, le lendemain, jusqu'à ce qu'enfin on n'ait plus que l'inflammation du nitrate d'argent.

Pour prévenir les inflammations profondes du globe oculaire, on a recours, suivant l'indication, aux saignées générales, aux révulsifs, etc.; la saignée locale est également très-utile, mais les sangsues ne doivent point être appliquées au voisinage trop rapproché des paupières, il faut les mettre à la tempe, derrière l'oreille, dans la fosse canine, près de l'aile du nez. Si on les appliquait sur les paupières elles-mêmes, on aurait une congestion sanguine qui produirait l'infiltration sanguine, l'ecchymose des paupières dans l'intervalle des cautérisations directes; si on est obligé de les renouveler toutes les trois ou quatre heures, on injectera quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent:

Eau distillée.	40 grammes.
Nitrate d'argent cristallisé. . .	15 centigrammes.

On pourra augmenter au besoin la dose du nitrate d'argent.

On aura soin de laver l'œil par des injections d'eau de pavots plu-

sieurs fois par jour ; on tiendra sur l'œil, en permanence, des compresses imbibées de ce même liquide; on fera une friction tout autour de l'orbite et dans la narine correspondante, avec une pommade composée de partie égale d'onguent mercuriel et d'extrait de belladone.

Telle est la conduite que M. Ricord tient depuis huit ans à l'hôpital du Midi. Il affirme n'avoir jamais, depuis ce temps, perdu un seul œil. Quatre malades ont été guéris pendant l'année 1840; un étudiant, couché au n° 17 de la salle n° 2, est sorti vers la fin de décembre; il n'avait été que douze jours en traitement d'une ophthalmie blennorrhagique, qui, lors de son entrée, était déjà au troisième ou quatrième jour de début et avec des caractères très-alarmants.

VARIÉTÉS.

La statistique médicale dont M. Domange, secrétaire des bureaux de la Faculté, donne le tableau dans l'*Almanach général de médecine*, qu'il vient de publier pour 1841, ouvrage fort utile au corps médical, présente, cette fois encore, une augmentation du personnel des médecins de Paris, malgré le nombre considérable des jeunes docteurs qui, chaque année, quittent la capitale après quelque temps d'établissement infructueux. Voici le tableau de cet accroissement progressif.

Il y avait à Paris, en 1833, 1,019 docteurs en médecine ; en 1836, 1,220; en 1839, 1,310; et au 1er janvier 1841, on en compte 1,360, ce qui donne une augmentation de 270 depuis huit ans, période pendant laquelle il y a eu parmi les médecins cent cinquante décès ; moyenne, dix-huit par an.

— Le traitement du strabisme par la section des muscles de l'œil ne date à peine que d'une année, et déjà le nombre des instruments employés pour cette opération est très-considérable. On en jugera par la liste suivante dressée chez M. Charrière, des ateliers duquel sortent presque toutes les inventions et modifications instrumentales. Suivant le procédé opératoire qu'il voudra adopter, le praticien pourra composer une boîte spéciale renfermant un appareil complet pour chaque procédé.

1. Releveur des paupières, de MM. Caffe et Comperat ; ou autres. 2. Abaisseur à deux crochets mousses, de M. Dieffenbach. 3. Abaisseur de M. Phillips. 4. Refouleur de la paupière inférieure, de M. Jules Guérin. 5. Abaisseur (modèle de M. Charrière). 6. Double releveur des paupières, de M. Rigal (de Gaillac). 7. Dilatateur des deux pau-

pières, de M. Sichel. 8. Idem de M. Florent Cunier. 9. Érignes à un, deux, trois et quatre crochets. 10. Idem de M. J. Guérin. 11. Idem de M. Phillips. 12. Idem de M. Carron du Villards. 13. Idem de M. Sédillot. 14. Deux érignes réunies en pince pour former le pli de la conjonctive, de M. Leroy-d'Étiolles. 15. Divers modèles de pinces à griffes. 16. Pince à érigne, de M. Lucien Boyer. 17. Pince-crochet pour saisir le muscle et en faciliter la résection, de M. Leroy-d'Étiolles. 18. Crochet-pince de M. Lucien Boyer. 19. Pinces à larges mors, de M. J. Guérin. 20. Une paire de ciseaux droits. 21. Idem courbes sur le plat. 22. Idem courbes sur le côté. 23. Spatule de M. Dieffenbach. 24. Idem modifiée par M. Roux. 25. Crochet mousse de M. Dieffenbach. 26. Le même, modifié par M. Phillips. 27. Souleveur du muscle, de M. J. Guérin (pour le premier procédé de ce chirurgien). 28. Crochet mousse à coulisse, de M. Rigal (de Gaillac). 29. Crochet mousse dilatateur à bascule, de M. Lucien Boyer. 30. Crochet mousse à coulisse agissant par la partie dorsale, du même. 31. Crochet mousse avec des hameçons, de M. Leroy-d'Étiolles. 32. Crochet mousse, coudé et tranchant (dernier modèle de M. Doubovitszi). 33. Plusieurs modèles de petits scalpels. 34. Dissecteur de la conjonctive, de M. J. Guérin (pour le premier procédé de ce chirurgien). 35. Petit bistouri à double tranchant, pointu, pour ponction, du même auteur. 36. Bistouri courbe boutonné, de M. Dieffenbach. 37. Myotome *sous-conjonctival*, de M. J. Guérin. 38. Myotome conducteur, de M. Doubovitszi. 39. Idem à bascule, du même auteur. 40. Idem de M. Baudens. 41. Le même, avec une pince à l'extrémité du manche, du même auteur. 42. Bistouri en serpe avec porte-éponge, du même auteur. 43. Myotome de M. Sédillot. 44. Myotome de M. Velpeau. 45. Myotome de M. Gairal. 46. Aiguille fine de M. Phillips. 47. Une paire de ciseaux-pinces, du même. 48. Pince à double bascule, de M. Furnari, pour saisir la conjonctive. 49. Un abaisseur de M. Lucas.

M. Loude, membre de l'Académie de médecine, vient d'être nommé médecin-inspecteur des eaux minérales d'Hauterive.

— Le célèbre chirurgien sir Astley Cooper, vient de mourir à Londres des suites d'une maladie du cœur; il était âgé de soixante-treize ans. Les journaux anglais racontent que, depuis quarante ans, ses recettes annuelles ont été de 10 à 15,000 livres sterling (de 250,000 à 375,000 fr.); en 1822, elles ont dépassé 23,000 livres sterling (575,000 fr.). Il a été marié deux fois, mais il n'a pas eu d'enfants.

Son immense fortune, qui ne s'élève pas à moins de 12,500,000 fr., passe à un neveu. — Naguère l'Europe comptait quatre grandes puissances chirurgicales : Dupuytren, Scarpa, Graefe, Astley Cooper. Une seule restait encore debout, la voilà éteinte. La tombe se ferme sur le dernier roi du beau siècle de la chirurgie.

— Les élèves internes nommés au dernier concours, sont : MM. Moreau, Guéneau de Mussy, Cloquet, Delpech, Guignard, Bennet, Grandhomme, Bergeron, Aubry, Figuière, Leroy, Bourgoin, Rodard, Boucher, de Lonjon, Belin, Gaubric, Lefebvre, Tricou, Guérin, Delâtre, Roussel, Chapotin, de Saint-Laurent, Fortineau, Chaget, Decrozant, Houël.

— Il va être procédé, par le ministre de l'instruction publique, au renouvellement des jurys médicaux des départements, les membres actuels devant cesser leurs fonctions le 12 avril prochain. Les préfets ont été invités, en conséquence, à adresser immédiatement une liste de candidats pris parmi les docteurs en médecine ou en chirurgie. C'est d'après cette liste que le ministre choisira les deux membres qui composeront le jury médical.

— M. le docteur Foville a été nommé médecin en chef de l'hospice de Charenton, en remplacement de M. Esquirol, décédé.

— La médecine vient encore de faire une nouvelle perte. Le vénérable M. Landré-Beauvais, praticien des plus distingués, ancien doyen de la Faculté de médecine, est mort dans un âge assez avancé.

— M. Larrey fils vient d'être nommé, par concours et à l'unanimité, professeur de pathologie chirurgicale au Val-de-Grâce.

— La Société de médecine de Niort met au concours la proposition suivante : « Décrire les maladies endémiques et épidémiques qui règnent le plus souvent dans le département des Deux-Sèvres, et le traitement qui leur convient le mieux. » — Une médaille d'or, de la valeur de 200 francs, sera décernée à l'auteur du meilleur mémoire. — Les mémoires devront être envoyés (franco, et suivant les formes académiques) au secrétariat, rue du Faisan, n° 23, le 31 juillet 1841 au plus tard. — Les membres titulaires, mais non les membres correspondants de la Société, sont exclus du concours.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

ESSAI DE THÉRAPEUTIQUE MORALE.

Medicina nihil aliud est quam animi consolatio.
(PÉTRONE.)

II

Des organes et des humeurs principalement affectés par la souffrance morale.

Une des bases de la thérapeutique qui nous occupe est, non-seulement de connaître l'influence de la surexcitation morbide nerveuse, en général, mais de savoir sur quels organes principaux cette disposition organique peut avoir lieu ; il convient de s'en assurer, si l'on veut que les déductions cliniques soient positives, les applications directes et faciles. Une première chose à considérer, c'est que toute affection morale portée au degré de la *passion* ou souffrance, quelle qu'en soit la forme, stimulante ou dépressive, s'exerce, comme toute autre maladie, dans des limites plus ou moins étendues, toujours proportionnées à l'organisme qui en est atteint. Une cause matérielle détermine une pleuro-pneumonie, n'est-il pas vrai que l'intensité de cette maladie sera moins en rapport avec sa cause qu'avec la disposition même de l'individu ? Eh bien ! la même remarque a exactement lieu pour la souffrance morale ; elle s'exerce entre un *maximum* et un *minimum* d'action toujours relatifs au mode d'action nerveuse individuel. Il y a des cœurs en proie à certaines agitations qui les sillonnent de manière à y laisser d'éternelles empreintes, tandis que la même cause affecte à peine d'autres personnes ; par la même raison, il est des tempéraments moraux qui résistent à l'injustice, à la critique malveillante, tandis qu'il en est de maladifs et d'irritables pour qui le souffle même de la calomnie est un poison mortel. C'est au médecin à bien apprécier ces importantes différences, s'il le peut, quoique toujours avec une prudente circonspection. Un léger coup fait jeter des cris à une femme délicate mollement élevée; un coup de bâton rompt la jambe d'Épictète sans même l'émouvoir, tout orgueil de philosophe à part, toujours par le même motif Cependant, il faut observer que l'éducation, les préjugés, les passions, les circonstances, modifient à leur tour les affections et commandent souverainement à l'économie. Ainsi, remarquez que, quand il s'agit du moral, la constitution physique ne suffit plus aux phénomènes, comme dans les cas pathologiques ordinaires; l'idée est tout et gouverne tout. Une jeune

demoiselle, d'une organisation délicate, éminemment impressionnable, qui ne peut supporter une piqûre d'abeille sans être fortement agitée, souffrira sans crier, et le plus stoïquement possible, les douleurs de l'enfantement dans la maison de son père. Que cette dame, mise tout à l'heure en opposition avec un philosophe, vienne à éprouver une grande passion, par exemple, qu'un enfant adoré soit menacé de perdre la vie, alors, soyez-en sûr, elle supportera sans se plaindre les plus grandes fatigues, les plus vives douleurs du corps. Inspirez à une jeune coquette, accoutumée à une vie sensuelle, des sentiments religieux, exaltés, elle s'adonnera à des austérités dont l'idée l'eût fait frémir à une autre époque. Comprend-on maintenant tout l'ascendant du moral sur l'économie, autrement dit, la puissance de l'âme? et qui n'a pas compris ses miracles, n'est pas médecin dans la haute acception de ce mot.

Quoi qu'il en soit, on peut dire que la souffrance morale, vive, et surtout prolongée, affecte profondément l'organisme, détruit peu à peu les forces ou leur imprime une activité morbifique, mais toujours en raison de l'état individuel. Quels que soient d'ailleurs la cause et l'agent, tout le reste du corps est atteint, car l'organisation humaine est ainsi faite, qu'on ne peut toucher l'une de ses cordes sans que toutes ne résonnent. Remarquons encore que, plus l'excitation morale se répète, plus ses effets se reproduisent avec facilité, ce qui tient à cette loi physiologique si étendue et si féconde, que, *plus les nerfs sont irrités, plus ils sont irritables*. Cette irritabilité, à moins d'une grave maladie, finit même par dégénérer en habitude et en besoin; c'est là ce qui explique pourquoi l'homme, en général, ne pense vivre que lorsqu'il est fortement stimulé. Aussi voit-on certaines personnes, dont l'état de crise est l'état habituel, éprouver un besoin d'émotion si effréné, qu'elles ne souffrent véritablement que du repos où parfois elles sont ramenées par l'impuissance ou l'épuisement; elles résistent, un certain temps du moins, aux peines les plus cuisantes, aux vives secousses de l'imagination. De toutes les tortures morales, l'ennui seul est capable de les tuer. Comme leur corps, leur âme est ainsi trempée; il leur faut les agitations, les troubles, les délices, les joies amères des passions. Rien de plus évident dans ce cas, que l'organisme entier est plus ou moins affecté, mais il est infiniment rare que l'état normal se soutienne avec de telles prédispositions, il y a constamment imminence morbide. Un des premiers effets produits, est un état d'affaiblissement et bientôt de prostration générale, on est épuisé au physique, on est blasé au moral. Et qu'on se garde de croire qu'alors l'irritabilité cesse ou diminue, loin de là, elle s'exalte pour la moindre cause et sous l'influence du plus petit stimulant; on tombe dans la susceptibilité nerveuse morbide, cruelle dis-

position du corps et de l'esprit, qui ne donne jamais le repos, ne permet plus la complète harmonie des fonctions, et, par conséquent, la santé, *dum vivit moritur*.

Il est des personnes qui arrivent à cette mobilité nerveuse excessive, soit par des chagrins prolongés, soit par des passions extrêmes ou par une activité sans relâche de l'intelligence, souvent aussi par ces diverses causes réunies. On voit également des individus chez lesquels l'irritabilité nerveuse est pour ainsi dire innée; mais, malheur à eux si les événements de leur vie viennent ajouter de violentes stimulations à cette fatale prédisposition; leur santé est bientôt exposée à de cruelles atteintes. Pour ces individus, tout est influence active, cause de joie, de douleur, de chagrin et de bonheur. Les plus petites causes agissent comme les plus grandes sur d'autres sujets; les relations des choses avec une pareille organisation sont toujours dans des proportions extrêmes. Madame M., confiée à mes soins depuis longtemps, ne supporte que difficilement l'impression d'une multitude d'agents physiques, l'odeur seule du café l'agite; une petite cuillerée de vin de Bordeaux ordinaire dans un verre d'eau, l'empêche de dormir toute une nuit. Madame Helvétius, l'épouse du célèbre philosophe de ce nom, se trouvait mal chaque fois qu'elle passait sur la place Louis XV; la vue d'un pauvre la faisait frissonner de la tête aux pieds. Madame de Lafayette fondit en larmes et éprouva des attaques de nerfs en imaginant les dangers auxquels serait exposé le duc de La Rochefoucauld dans la campagne qui ne devait s'ouvrir que six mois plus tard. Dans cet état, les sens, comme tout le reste du système nerveux, acquièrent toujours une incroyable finesse de perception, particulièrement le tact et l'odorat.

Ainsi, la douleur morale produit des effets généraux qui, dans certains cas, sont les seuls qu'on puisse observer, notamment quand la cause ne persiste pas ou bien lorsque l'individu la surmonte, soit par tempérament, soit par une force de raison supérieure. Ces effets se remarquent sur l'organisme entier, et, à moins de circonstances particulières, l'observateur le plus superficiel peut aisément les reconnaître. Supposons un chagrin profond, quelle qu'en soit la cause, sur un individu éminemment sensible; on remarque bientôt un sentiment de langueur générale, l'abaissement, puis la chute des forces musculaires, la perte de l'appétit, la petitesse et quelquefois l'irrégularité du pouls, le froid de la peau et surtout des extrémités, la pâleur de la face, la maigreur; les traits sont altérés; le regard est tantôt sombre, tantôt égaré; il y a une diminution plus ou moins sensible, comme j'en ai fait la remarque, dans la force du cœur et des artères, un sentiment d'oppression, d'anxiété, une respiration laborieuse et lente, qui entraîne les soupirs

10.

et les sanglots, etc.; enfin, un ensemble de symptômes qui, considérés sous deux points de vue généraux, annoncent, d'une part, un état d'asthénie et d'affaiblissement de l'organisme; de l'autre, un état permanent d'irritation nerveuse et morale. Tous ces signes sur lesquels je reviendrai, prouvent évidemment un défaut d'innervation, selon les lois ordinaires de la physiologie. Poussés plus loin, ils annonceraient de très-graves accidents, comme cela a lieu dans certains cas où la douleur morale, vive et poignante, saisit comme une crampe l'imagination et les forces du patient. Cependant, si la cause persiste, si la souffrance se continue, il y a toujours un contre-coup sur un organe en particulier, et les lésions qu'il éprouve réagissent à leur tour sur l'économie entière.

Dans l'état ordinaire, l'organe le plus fréquemment exposé aux atteintes de la douleur morale, est assurément le *cerveau*; il en est le siége, le point de départ, comme le foyer le plus actif; à cet égard, on peut adopter l'opinion de Gall, bien que ce médecin n'ait tenu aucun compte des influences viscérales. Certes, le *besoin* peut naître ailleurs dans l'économie, mais la *passion* a son siége immédiat dans le cerveau, et nulle part sa fatale influence ne se manifeste avec plus d'évidence et de danger. Mais c'est ici qu'il est facile de voir, pour le dire en passant, combien tout phénomène moral nous est inconnu dans son essence et son mode d'action; car y a-t-il rien que nous connaissions plus superficiellement que nous-mêmes? En effet, comment se fait-il qu'une idée, être tout à fait métaphysique, invisible, intangible, sans étendue, sans forme ni substance, agisse néanmoins avec une force, une persévérance capables de détruire l'organisme matériel le plus fortement constitué? Un homme apprend qu'à deux mille lieues de distance, le vaisseau qui portait sa fortune est englouti dans les flots, qu'une banqueroute imprévue le réduit à l'indigence, que son fils unique a perdu la vie, etc., etc. Rien ne le touche, rien ne l'a atteint physiquement, mais l'*épine morale*, enfoncée dans le cerveau, amènera presque infailliblement les plus graves accidents. Au reste, quelque ignorée que soit la cause, les effets n'en sont pas moins patents et funestes; le premier de tous est une commotion violente, rapide et fulgurante, qui ébranle l'organe. A ce premier effet, succède une douleur plus fixe, plus profonde, plus âpre, dont le résultat est d'irriter continuellement le cerveau; de là, la perte du sommeil, l'augmentation de l'irritabilité physiologique; puis au moral, la disposition à l'emportement, à la méfiance, à la morosité; et, si rien ne détruit ou n'efface la cause, la méningite, les congestions encéphaliques, l'apoplexie, les paralysies, les ramollissements du cerveau, l'aliénation mentale; enfin, une série de maladies qu'il n'entre pas dans

notre plan d'exposer ici, en sont les suites plus ou moins immédiates. Mais où donc est la racine de tant de maux? dans une idée, et cette idée commande à toutes les autres. Si une vive douleur physique *obscurcit* une autre douleur, de même aussi dans une affection morale, absorbante et suprême, tous les autres sentiments s'affaiblissent et s'effacent. Une seule idée prédomine et stimule l'imagination. Toutefois, remarquons que cette idée n'a pas toujours le même degré de force et d'activité, ce qui rend ses effets morbides très-variables; ainsi, on peut établir dans une ligne ascendante, l'idée *importune*, l'idée *opiniâtre*, l'idée *fixe*, l'idée *inexorable*. En étudiant attentivement plusieurs malades, on peut s'assurer que ces différences ou nuances sont exactement fondées sur l'expérience. Souvent cette idée s'affaiblit peu à peu, le temps a fait son bienfaisant office; mais d'autres fois, implacable dans sa violence, dans sa ténacité, elle persévère, elle résiste à tout, et sa malfaisante activité ne cesse qu'avec la mort, volontaire ou naturelle, de l'individu qu'elle a saisi et frappé.

L'estomac est, après le cerveau, l'organe le plus fortement compromis dans les affections morales; elles ont sur ce viscère un retentissement direct que les personnes étrangères à la médecine reconnaissent et signalent aisément. Le premier effet d'un vif chagrin, et même d'une joie subite, extrême, est de suspendre l'appétit et de rendre les digestions laborieuses, bien entendu que cette disposition morbide n'a lieu que momentanément dans le second cas. Il est évident que cette suspension des fonctions de l'estomac tient à l'altération de la sensibilité et de la contractilité gastriques, déterminées elles-mêmes par l'irrégularité de l'innervation. Pour moi, je pense qu'il y a dans ce cas un commencement de paralysie du viscère dont il s'agit, toujours dans des proportions relatives à la cause et au sujet atteint. Quoi qu'il en soit, de graves maladies ne tardent pas à se déclarer, comme l'inflammation sourde, le squirrhe au pylore, les ulcérations cancéreuses, les perforations, l'hématémèse, les congestions mélaniques, etc. Les gastralgies, si variées dans leurs formes, leur ténacité, la facilité des rechutes, tiennent souvent à cette cause. Quelquefois on ne remarque aucune lésion appréciable, mais l'estomac, pour ainsi dire sans ressort, sans activité, se refuse à toute fonction digestive. Qu'arrive-t-il? bientôt le chyle et le sang sont dépourvus de qualités alibiles, les organes manquent de nutrition, le corps s'affaiblit, maigrit, la consomption a lieu, et le malade voit le terme de ses maux avec celui de son existence. Quelquefois encore rien n'a paru à l'extérieur de l'affection morale; l'émotion et les larmes ont été contenues, comprimées, mais le ravage intérieur n'en a été que plus grand, plus rapide, plus meurtrier. Un chagrin toujours

renaissant a bientôt détruit, consumé les ressorts de la vie, l'idée n'a pas lâché prise. C'est là ce qui explique pourquoi la langueur morale est si souvent la cause du marasme physique. A l'ouverture du cadavre, aucune lésion ne se découvre, le poison a stupéfié l'estomac. C'est ainsi que succomba, il y a près de deux ans (1839), madame N., épouse d'un chanteur célèbre, dont le suicide à Naples fut si célèbre en Europe. On a dit avec raison qu'un chagrin secret et prolongé était une lime sourde qui usait l'existence ; on vient de voir comment cet effet a lieu d'après les lois ordinaires de la vie, et la succession des symptômes qui amènent enfin la dernière catastrophe.

Les intestins ne paraissent pas aussi soumis que l'estomac aux influences morales. Serait-ce à cause de leur éloignement du plexus gastrique? Cependant on a observé que la frayeur subite diminuait leur contractilité, notamment celle des sphincters. Quelques personnes ont assuré que c'est à la suite de vives secousses de l'âme que l'auteur de la doctrine de l'irritation fut atteint de la maladie intestinale à laquelle il a succombé.

Le *cœur*, sous le rapport anatomique et physiologique, n'est plus considéré comme le siége des passions, ainsi que dans le langage des moralistes ; cependant cet organe est soumis plus ou moins directement à leur influence. C'est une chose vulgaire que, pendant leur terrible mouvement d'excitation et de dépression, non-seulement la région précordiale éprouve comme un sentiment d'anxiété inexprimable, mais que le cœur lui-même participe à cet état extra-normal. Qui n'a senti cet organe battre avec force, avec rapidité, dans ces moments de tristesse, d'incertitude, de désespoir ou d'enivrement, auxquels la vie humaine est assujettie? Quoique les nerfs du cœur soient peu apparents, il est certain néanmoins que, sous l'influence de l'idée prédominante, leur action cesse d'être régulière ; aussi, tantôt le cœur est violemment excité, des flots de sang y abordent, il semble jouir d'une vitalité surabondante; tantôt, au contraire, atonique et sans énergie, ses mouvements sont lents, difficiles et tumultueux ; dès lors la circulation diminue d'activité; du centre à la périphérie, tout languit, le ressort principal de la vie manquant lui-même de la vigueur nécessaire à ses fonctions. On conçoit dès lors, qu'indépendamment des effets généraux, l'organe est exposé à de graves atteintes. Si les battements d'un cœur satisfait moralement donnent à l'existence des charmes et de la force, qu'on juge de ce qui doit arriver sous l'influence des sentiments douloureux et exaltés: les palpitations, les oppressions, bien plus encore, les ulcérations, les hypertrophies, les rétrécissements, les dégénérescences de l'organe, en sont les suites presque inévitables. Il y a peut-être peu d'anévrismes

au cœur qui n'aient une cause morale pour principe ; et quand le vulgaire dit qu'un violent chagrin est un *crève-cœur*, il faut l'entendre au physique comme au moral. Le célèbre Fourcroy, auteur de la loi qui régit encore les médecins, en fut un insigne exemple. Napoléon l'avait flatté de le nommer grand maître de l'université, mais il donna cette place à M. de Fontanes. Fourcroy en éprouva un si violent chagrin, qu'il sentit redoubler aussitôt les douleurs qu'il éprouvait au cœur. Saisi enfin d'une atteinte subite, au moment où il signait quelques dépêches, il s'écria : « Je suis mort ! » Et en effet, il tomba dans les bras de son neveu qui était présent, et quelques instants après il n'était plus (16 décembre 1809).

Remarquons encore que, si les sentiments énergiques augmentent l'action circulatoire, le chagrin prolongé donne au système veineux une prédominance marquée sur le système artériel. Lieutaud dit avoir trouvé la veine cave monstrueusement dilatée chez un homme qui avait eu beaucoup de chagrins. (*Hist. anat. méd.*, tome I, pag. 135.) D'ailleurs, on connaît l'ancien proverbe : « qui voit ses veines, voit ses peines. » De pareils phénomènes s'expliquent aisément par la diminution de la contractilité du cœur, signalée plus haut, et les stases de sang qui en sont les conséquences.

Le foie est un viscère fréquemment atteint dans les affections de l'âme ; mais ce qu'il y a de particulier à cet organe, c'est qu'il n'est affecté le plus souvent que par la douleur morale chronique. Les longs chagrins *jaunissent ;* l'envie, cette hideuse forme de la souffrance morale, imprime aussi très-souvent cette couleur au système cutané. Quelquefois l'attaque hépathique est si vive et si forte, qu'elle détermine une inflammation suivie d'abcès, comme il arriva à Racine après avoir déplu à Louis XIV, maladie dont mourut ce grand poëte. Le plus souvent, l'affliction persistante occasionne un engorgement général ou partiel, puis une dégénérescence plus ou moins étendue du foie, maladie qui résiste ordinairement à tous les moyens de l'art, la cause même ayant cessé d'exister.

Maintenant, il resterait à déterminer si l'atteinte portée au foie est idiopathique, ou bien le résultat sympathique de l'affection de l'estomac. Je ne pense pas qu'il soit possible, dans l'état actuel de la science, de donner la solution de cette question ; j'ai pourtant vu, à la suite de longs chagrins, se former dans le foie des calculs biliaires, sans que l'estomac parût rien éprouver de fâcheux.

Les autres organes de l'économie, comme les poumons, les reins, la vessie, ne paraissent pas être placés aussi immédiatement sous l'influence irritative de la douleur morale, que ceux dont nous venons de

parler; voilà du moins ce que les observations cliniques ont démontré jusqu'à ce jour. Mais, ce qu'on ne saurait contester, c'est que certains fluides de l'économie éprouvent une altération plus ou moins profonde et immédiate par suite d'une affection morale, indépendante de l'action des solides. J'ai cité ailleurs l'opinion de Borelli, qui affirme que dans un accès de colère, la température du sang est aussi élevée que dans un paroxysme de fièvre. *S'échauffer le sang*, est donc une expression tout à fait juste sous le double rapport physique et moral. Il est certain que quand un homme est d'un caractère habituellement calme, posé, réfléchi, quand il est de *sang froid*, ce fluide circule non-seulement avec régularité, avec une égale répartition, mais sa composition semble plus homogène, plus nutritive. Le contraire s'observe quand le caractère est vif et emporté; alors le sang bouillonne, il s'altère et prédispose singulièrement aux inflammations; on peut donc, jusqu'à un certain point, connaître par le pouls, le caractère d'un individu, le principe de ses actions. Car une chose digne de remarque et sur laquelle j'insiste, c'est la puissance de *transfusion organique des sentiments* énergiques et profonds, nouvelle preuve que tout s'identifie, que tout est *un* dans l'économie. Une idée fixe, je le répète, passe du cerveau dans les nerfs, de ceux-ci dans l'estomac, dans le cœur, dans le sang, dans d'autres humeurs, l'économie en est en quelque sorte imprégnée, saturée, cette idée agit donc sur tous les points.

Par l'influence subite d'un sentiment très-vif, la répartition du sang cesse souvent d'être normale; la vive rougeur de la figure, ou sa pâleur, des oppressions à la poitrine, des crachements et des vomissements de sang, des hémorragies utérines, etc., en sont des preuves journalières.

La *bile* est un fluide également exposé à subir les impressions de l'activité morale extrême. Après un violent accès de colère, on a vu des individus vomir à flots de la bile plus ou moins pure, sans qu'aucune sensibilité ou douleur se manifeste au foie. Souvent aussi le fluide dont nous parlons, s'altère dans ses éléments constitutif; une bile *âcre*, selon l'expression commune, et qui n'est pas trop métaphysique, se manifeste dans les actions, les paroles ou les écrits de certains hommes irascibles; c'est le *tumet jecur* d'Horace. L'esprit de haine, de ressentiment, de vengeance, se manifeste bientôt sous l'étreinte de ce sentiment funeste, capable de porter l'homme aux excès les plus condamnables. Que ce soit sympathie cérébrale ou non, remarquons encore que cette disposition organique est excessivement variable chez le même homme, on dirait de véritables accès qui ont leur développement et leur crise; un rien les détermine ou les calme. L'auteur de *Figaro* vint à Versailles proposer

un gain illicite à M. de Vaudreuil ; celui-ci lui dit froidement : « M. de Beaumarchais, vous ne pouviez venir dans un instant plus favorable, car j'ai passé une bonne nuit, *ma bile a parfaitement coulé*, j'ai très-bien digéré. Si vous m'aviez fait *hier* une pareille proposition, je vous aurais fait jeter par la fenêtre. » Peut-être dira-t-on que les altérations de la bile n'ont lieu que parce que l'organe lui-même est altéré dans sa structure et ses fonctions; sans nier tout à fait qu'il en soit ainsi, dans certains cas, est-il prouvé qu'un fluide sécrété ne puisse éprouver quelque modification dans ses éléments, sans lésion de l'organe sécréteur ? je ne le crois pas ; l'influx nerveux suffit seul à expliquer ces changements souvent très-rapides. Nous en voyons un exemple dans le *lait;* il n'est peut-être pas de liqueur, dans l'économie, plus sensible, plus soumise aux atteintes des sentiments vifs et ardents. Le lait devient tout à coup fluide et aqueux, il s'épaissit, il s'aigrit, il diminue, il se supprime, il reparaît avec la plus grande facilité, par les causes morales, sans pourtant que les glandes mammaires aient éprouvé la moindre altération apparente. L'influx nerveux, subit, violent, irrégulier peut seul rendre raison d'aussi brusques changements ; c'est là ce qui s'observe tous les jours chez les femmes éminemment nerveuses et impressionnables. Alors on conçoit le danger de confier à de pareilles mères le soin d'allaiter leurs enfants. Presque toujours leur tendresse excessive, mais peu calculée, est pour les nourrissons un danger imminent. Si Rousseau eût connu les lois de l'économie, il n'aurait pas insisté pour engager toutes les mères à nourrir leurs enfants ; on ne saurait dire combien ses éloquentes paroles ont été fatales à la population.

Ce que je viens de dire des glandes mammaires peut aussi s'appliquer aux reins, organe sécréteur des plus importants ; voici une femme atteinte d'hystérie, de cette maladie si bizarre, que Sydenham, étonné de ses symptômes, appelait *diabolus redivivus ;* eh bien ! un des caractères principaux des accès consiste dans un flux d'urines aussi abondantes que limpides. Est-ce à dire que les reins ont éprouvé une altération de structure ? non sans doute, l'irradiation nerveuse a opéré seule dans ce cas. Mais comment ? Que la science est loin encore de pouvoir donner une explication suffisante de ce phénomène, aussi étrange que fréquent dans la pratique.

Quoi qu'en dise *Sanctorius*, il n'est pas possible de croire que les perturbations mentales aient sur la transpiration une action aussi forte, aussi directe qu'il le dit. Quand les sentiments sont tristes et pénibles, il est certain que la concentration des mouvements, le ralentissement de la circulation, diminuent la température de la peau, et par conséquent la quantité d'humeur transpiratoire. Le contraire a lieu dans la joie,

parce qu'il y a un rapide mouvement d'expansion ; aussi la surface cutanée est-elle chaude, colorée et la transpiration abondante. C'est là, je crois, le seul moyen d'expliquer les variations de cette fonction sous l'influence des affections morales, dans les deux pôles opposés de son action. La balance du médecin vénitien ne saurait fournir de meilleurs documents. Le capitaine Ross (*voyage* dans les régions arctiques) dit que l'affaissement de l'énergie morale prédispose singulièrement le corps à percevoir la sensation du froid ; cela doit être, par la raison physiologique donnée précédemment. Le même voyageur remarque encore que, dans les tristes positions où il se trouva, on vit chez plusieurs hommes une sorte d'irritabilité morbide du genre de celle dont la retraite de Moscou et le naufrage de la Méduse ont offert de si mémorables exemples.

Tels sont les organes et les fluides principalement exposés à l'action de la souffrance morale ; toutefois il est aisé de présumer combien de modifications, combien de différences, de variétés, de nuances, se présentent à l'observation clinique, soit par l'intensité et la durée de la cause, soit par la prédisposition individuelle. Rappelons d'abord que si la douleur morale forte et profonde passée dans l'économie, se transforme en irritation organique plus ou moins active et dangereuse, par une opposition inévitable, une vive et pleine satisfaction de l'âme produit aussi les plus heureux changements, soit en rappelant, soit en maintenant l'équilibre des fonctions ; la joie aussi s'infuse dans le sang et les organes. Néanmoins, il faut l'avouer, la douleur morale, comme la douleur physique, semble avoir des traits beaucoup plus acérés que le plaisir ; aussi paraît-elle plus longue, plus âpre, et surtout infiniment plus fréquente. Dès la plus haute antiquité, on a dit que l'homme était fait pour la douleur ; « la volupté même est douloureuse en sa profondeur, » dit Montaigne, et tout concourt à prouver ces tristes vérités. Les plaisirs sont passagers, superficiels, ils glissent sur l'âme et le corps, tandis que la douleur, toute providentielle qu'elle est, en raison des lois de l'économie, naît de tous les organes, de tous les tissus, de toutes les fibres ; puis elle se multiplie, se transforme, et sa triste fécondité prouve combien elle est inhérente à tout être doué de sensibilité. Aussi, qu'elle soit morale ou physique, ses résultats sont bien autrement marqués, bien autrement sentis et étendus par la loi générale du *consensus* organique que ceux de la joie. L'observation médicale doit donc principalement s'attacher aux effets de la première, car les autres ne sont que des exceptions. Cependant qu'on ne s'attende pas à rallier constamment ces effets aux causes qui les produisent ; on tomberait plus souvent encore que quand il s'agit de la pathologie maté-

rielle, dans des erreurs capitales de déduction. Qu'est-ce que la passion, dans la plus grande acception de ce mot? Pas autre chose qu'un désir violent irrité par la contradiction; or, qui donc pourrait déterminer, je ne dis pas mathématiquement, mais par approximation, la force et les résultats morbides de chaque passion dans ses degrés ascendants ou descendants? Il y a toujours dans les conditions qui se présentent, une foule de données qui échappent et pourtant si nécessaires à la solution complète du problème. C'est ici que les observateurs à principes fixes, les *iatrostatisticiens* avec leurs calculs et leurs corollaires arithmétiques, manqueront de base et d'appui pour leur doctrine, dans l'ordre des faits moraux. Tout ce qu'on peut dire, c'est que sous le coup d'une idée fixe, née d'un sentiment énergique et douloureux, l'économie ne tarde pas à être atteinte, soit dans son ensemble, soit à la longue, sur un appareil d'organes en particulier. Cet état produit chez les uns, des maladies aiguës, rapides, formidables, dont le siége est presque toujours dans l'encéphale; chez d'autres, la douleur morale agit lentement, sourdement, minant peu à peu les forces; dans ce cas, il y a consomption, et la détérioration organique commence toujours, selon moi, par l'*estomac*; enfin, il en est, peut-être les plus heureux, qui, perdant tout à fait le sentiment de la personnalité, tombent dans l'aliénation mentale, objet tout à fait étranger à ce travail.

Ces données ne sont, à vrai dire, que générales, synthétiques, et ne suffisent pas; mais lier et systématiser en un tout logique les faits et les axiomes, c'est là la grande difficulté, lorsqu'il s'agit des affections morales; et la preuve, c'est que, quand on veut préciser, induire avec quelque certitude, le médecin est arrêté dans une foule de cas; alors que fait-il? Il s'en tient aux désordres matériels et apparents. On dirait que l'œil de la science n'est pas fait pour suivre le travail souterrain et volcanique des passions, bien moins encore pour en calculer et en prévenir les ravages. Les affections du cœur humain sont si multiples, si bizarres, si prodigieuses, si variées; elles présentent un mélange tellement inextricable de phénomènes, de sensibilité morale et physique, d'actions et de réactions de l'intelligence, sur les centres nerveux, de ceux-ci sur les organes et réciproquement, qu'il est difficile d'en constater l'origine, le caractère et surtout les effets. Au reste, ces difficultés se retrouvent constamment dans tout ce qui tient à la pathologie du système nerveux. en effet, les maladies de cet appareil si important dans l'économie, même celles que nous croyons bien connues, ne présentent-elles pas chaque jour les contrastes, les anomalies les plus singulières, les mieux faites pour déconcerter le praticien? « J'ai connu, dit Benjamin Brodie (*Leçons sur le tic douloureux*), un malade souffrant d'une névralgie au pied,

laquelle dépendait du rétréeissement de l'urètre, et qui ne résistait jamais à l'usage d'une bougie. Chez un autre malade, la névralgie du pied dépendant des hémorroïdes internes, se faisait seutir lorsque celles-ci sortaient de l'anus, tandis qu'elle cessait quand les hémorroïdes étaient réduites. » Voyez quelle bizarrerie, voyez quelle complication dans des maladies si vulgaires; or pourquoi s'étonner d'en trouver de plus grandes eneore, quand il s'agit des passions, des sentiments exaltés, cc qu'il y a au monde de moius saisissable dans sa eause, dans ses phénomènes et son mode de propagation organique?

Si l'on voulait même pousser plus loin l'analogie dc ces maladies, on retrouverait des rapprochements d'autant plus marqués, qu'en définitive, comme on l'a déjà remarqué, toute douleur a sa raeine, son point de départ, dans l'intelligenee, *dolor est in intellectu*. N'est-il pas vrai que la douleur est un jugement, suite de la perception? Il ne faut donc pas s'étonner de eertains caraetères eommuns à la souffranee physique et morale, sans pourtant eonfondre leur identité. Ainsi la première, en raison de l'irritabilité nerveuse et des sympathies qui en résultent, s'aeeroît souvent par elle-même, s'étend, se propage avee rapidité, eomme on le voit dans les névralgies, le tétanos, etc.; jusqu'à épuisement de la vitalité. De même aussi, on remarque par unc cruelle fatalité, que souvent la passion ou souffrance n'affaiblit ni le désir, ni le feu de l'imagination, ni les faeultés aimantes du eœur ; au eontraire, ees faeultés semblent s'exalter en raison d'un exeès maladif de sensibilité.

Toute douleur organique sourde, peu eonnue dans sa cause et son siége, ou bien qui de l'extérieur est subitement répercutée à l'intérieur, est par cela même plus dangereuse qu'une douleur extérieurc dont la marehe est connue et les effets bien appréciés. De mêmc aussi, un sentiment violent comprimé, pour peu qu'il y ait ensuite un surcroît d'exaltation, brise plus profondément les ressorts de l'éeonomie qu'un sentiment qui s'exhale pleinement au dehors de quelque manière que ce soit. Le grand inconvénient des caraetères passionnés, est de ne rien faire à demi; dès lors il s'opère ehez eux, une concentration d'exeitabilité nerveuse morbide, éminemment eontraire au bien-être physique. C'est ainsi qu'on voit les plus graves maladies éclater après de longues et silencieuses douleurs morales. Est-il rien, en effet, de plus funeste que ce désespoir âere, mordant, corrosif, que recèlent eertaines âmes profondément blessées. Très-souvent les indifférents n'en jugent qu'après l'événement, et l'on dit avee raison, un tel est mort d'une passion sourde et eontrariée, d'un amour violent et secret, d'une ambition *rentrée*, etc.; quand la victime a succombé après avoir longtemps placé sur sa bouche le sceau glacé de la résignation. Le docteur D..., un

des traducteurs de l'ouvrage de Morgagni (1820-1822), ayant échoué au concours de l'agrégation, en conçut un tel chagrin, quoiqu'il n'en témoignât absolument rien, qu'au bout de peu de temps il vomit les aliments qu'il ingérait, et succomba à tous les accidents caractéristiques du cancer de l'estomac.

Pour continuer la comparaison, remarquons encore que les maladies nerveuses les plus communes ont en général une marche assez irrégulière, toujours on observe des instants de rémission et de recrudescence plus ou moins fréquents et étendus ; la douleur morale, dans toutes ses formes, présente les mêmes phénomènes. Outre le sang-froid du lendemain, dans certains cas, il est certains que tout sentiment extrême a ses moments de calme, de sécurité, ses redoublements, ses exacerbations ; enfin les affections morales ont souvent, comme celles du corps, leurs crises particulières ; des vomissements, un flux diarrhéïque, mais surtout des larmes abondantes, terminent parfois, ou du moins diminuent de beaucoup les plus violentes douleurs de l'âme.

Traçons maintenant les indications à remplir d'après les symptômes variés qui se présentent à l'observation du médecin philosophe. Jamais peut-être ce principe excellent que les indications sont la base de la thérapeutique, n'a été plus vrai, plus positif, que dans le grand sujet qui nous occupe.

Reveillé Parise.

QUE DOIT-ON PENSER DE L'ACTION DE CERTAINES PILULES EMPYRIQUES DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES.

Quels que soient les nombreux succédanés qu'on a tour à tour proposés pour remplacer les diverses préparations de quinquina, dans le traitement des fièvres intermittentes, ces préparations, et surtout le sulfate de quinine, revendiquent en leur faveur une supériorité aussi incontestable qu'elle est incontestée. Toutes les fois qu'il s'agit du traitement des fièvres périodiques, cette réserve doit être faite expressément. Mais une fois cette question préliminaire nettement, catégoriquement résolue, il est permis de rechercher s'il n'est pas d'autres agents ayant une vertu antipériodique auxquels on puisse recourir dans des circonstances données. Les recherches de ce genre sont justifiées par les raisons suivantes : quelque puissante que soit l'efficacité que déploie le quinquina dans la thérapeutique des fièvres intermittentes, et plus généralement des affections qui offrent à l'observation le génie périodique, l'expérience n'a pas moins surabondamment démontré que ce

remède n'est point infaillible ; et qu'entre les mains même les plus habiles, les plus habituées à le manier, il se montre quelquefois infidèle. C'est là, entre beaucoup d'autres, une ressemblance qu'ont les fièvres intermittentes avec ces maladies à physionomies si variées qu'en attendant une dénomination plus philosophique nous désignons sous le nom banal de névroses. Tel médicament, tel modificateur de la vie, montre aujourd'hui une incontestable efficacité dans telles ou telles de ces affections, qui demain échouera complétement dans des cas exactement semblables. Or, quelle est la pratique de la science dans ces cas réfractaires aux moyens que l'expérience a montré être le plus ordinairement efficaces ? Cette pratique est celle que nous suivons tous ; nous parcourons successivement, et par une sorte de tâtonnement forcé, la série des agents reconnus aptes à modifier l'économie malade, et nous ne nous arrêtons dans ces expérimentations successives que quand nous sommes arrivés au moyen dont l'application nous paraît la plus heureuse. Telle est également la ligne de conduite à tenir dans les fièvres intermittentes qui se montrent réfractaires aux préparations de quinquina sagement administrées. Pour remplir ces indications éventuelles, il faut donc avoir sous la main des agents variés, qui deviennent ainsi dans quelques circonstances des succédanés forcés de l'antipériodique le plus puissant, mais non infaillible. Enfin, vient la question d'économie, qui, si souvent, et à son grand regret, contraint le médecin des campagnes surtout. Envisagée de ce nouveau point de vue, la question des succédanés du quinquina offre donc aussi un intérêt réel ; l'objet des présentes recherches ainsi justifié, nous abordons directement notre sujet.

Plusieurs auteurs déjà se sont occupés de constater, par l'expérience, la vertu antipériodique, soit de la toile d'araignée, soit de l'insecte lui-même. Deux médecins anglais, entre autres le docteur James, dans son *Dictionnaire universel de Médecine*, et Martin Lister dans un Traité estimé des fièvres intermittentes, ont fait un grand éloge de ce singulier remède. Pendant quelque temps, en France, on l'employa aussi fréquemment, mais bientôt la superstition s'en mêla, qui gâta tout, et un remède puissant, peut-être, fut abandonné, parce que des matrones en firent de ridicules amulettes. De même, en Amérique, ce nouveau fébrifuge eut, pendant quelque temps, une grande vogue, et il y est même encore employé, et il paraît, avec un incontestable succès, si nous nous en rapportons à une thèse soutenue à l'université de la Pensilvanie par le docteur Broughton. Ce médecin s'est même livré à ce sujet à une série d'expériences physiologiques intéressantes, d'où il résulte principalement que cet agent jouit, lorsqu'il est employé chez des adultes en état de santé parfaite, d'une vertu incontestablement

contro-stimulante, ou hyposthénisante, et cette action perturbratrice se traduit, surtout ici, par une diminution notable dans la fréquence des battements artériels. D'autres observateurs ont signalé des nausées, des vomissements même, comme un des résultats de l'action immédiate de la toile d'araignée, ou de l'insecte lui-même, sur la muqueuse gastrique. Il y a peut-être entre ces deux résultats un rapport que, dans l'ordre de nos idées, nous n'admettons pas, mais qui est simple, naturel du point de vue scientifique où se place l'école contro-stimuliste. Nous ne saurions dire ce qu'il faut penser du résultat de ces recherches, car nous n'avons rien vu, pour notre compte, qui les infirme ou les justifie : notre observation n'a porté que sur l'expérimentateur thérapeutique, et sur ce terrain nous avons vu, dans un certain nombre de cas, ce que ces divers observateurs ont tous également et authentiquement constaté. Nous allons rapporter quelques observations à l'appui de ce que nous venons de dire.

Au commencement de l'hiver de l'année 1838, nous donnâmes, au même moment, nos soins à deux jeunes gens que les devoirs d'une profession laborieuse exposaient aux diverses intempéries des mauvaises saisons ; ces deux jeunes gens avaient été atteints, sous l'influence de la même cause, d'une fièvre intermittente à type quotidien. Songeant alors à expérimenter l'agent en question, nous ne perdîmes point l'occasion favorable qui se présentait à nous de le faire. Nous leur pres crivîmes vingt grains de toile d'araignée, divisés en quatre pilules : deux de ces pilules devaient être prises le matin, et les deux autres immédiatement avant le retour présumé de l'accès. Déjà, nous avons omis de le dire, deux accès auxquels aucun traitement rationnel n'avait été opposé, avaient eu lieu ; les pilules précédentes n'empêchèrent point un troisième accès, aussi intense que les deux premiers, de se développer chez les deux malades ; nous insistâmes sur l'emploi du même moyen, et à des doses à peu près semblables à celles qui avaient été données déjà : nous disons à peu près, car nous voulûmes faire jouir nos malades de tous les bénéfices d'une médication aussi simple, en leur disant notre secret. Chez le plus jeune des deux, la fièvre fut coupée à la seconde dose ; chez l'autre, il y eut encore deux accès, mais moins violents, et puis tout se termina. Ces deux jeunes gens reprirent incontinent leurs travaux habituels, qui les prédisposaient si puissamment au retour de la fièvre ; je leur conseillai de continuer, pendant quelque temps, l'usage de la toile d'araignée, comme on le fait du sulfate de quinine, et malgré ces mauvaises conditions, la fièvre ne revint pas.

Nous savons bien que parmi les fièvres intermittentes, celles qui

affectent le type quotidien surtout, il en est un certain nombre qui, après deux, trois ou quatre accès, se dissipent spontanément; ce fait d'expérience bien constaté, le médecin thérapeutiste ne doit jamais le perdre de vue, sous peine de voir souvent une action médicatrice là où il n'y a qu'une coïncidence fortuite. Dans les deux cas qui précèdent en a-t-il été ainsi? les accès ont-ils, chez nos deux malades, cessé spontanément, et le moyen employé n'a-t-il eu aucune part à ce résultat? C'est là une question dont il serait difficile de donner une solution précise : cette difficulté serait la même, d'ailleurs, si nous avions employé le sulfate de quinine au lieu de l'agent dont nous nous occupons. Cependant, si nous considérons que nos deux malades avaient à peine vu se terminer leur maladie, qu'ils retombèrent sous l'influence des conditions qui avaient déterminé celle-ci, et qu'on sait si propre à la reproduire lorsqu'elle a disparu, nous regarderons comme probable que la toile d'araignée employée à une dose assez élevée, n'a point été étrangère à la cessation rapide du mal, et qu'elle a neutralisé l'influence des conditions mauvaises qui pouvaient le rappeler. Nous pourrions, en confirmation de l'induction probable que nous tirons de ces deux faits, en citer quelques autres encore où nous avons vu les choses se passer comme précédemment; mais, comme l'objection que nous venons de nous faire à nous-même se reproduirait avec toute sa force vis-à-vis de ces faits nouveaux, nous nous en tiendrons là sur ce point, et passerons immédiatement à l'exposition de quelques cas de fièvres intermittentes du type tierce, auxquels l'objection précédente ne s'applique point aussi rigoureusement qu'aux fièvres quotidiennes, et dans lesquels avaient complétement échoué les moyens ordinaires les plus puissants avant l'emploi de la toile d'araignée : voici ces faits, que nous nous bornerons à rapporter en substance.

Un homme, âgé de vingt-huit ou trente ans, est pris d'une fièvre intermittente quotidienne qui, malgré un traitement méthodique, disparaît et reparaît plusieurs fois dans l'espace de quelques mois. Après ces dispositions et ces retours alternatifs, elle se fixe enfin sous le type tierce. Vainement on oppose à cette maladie diverses préparations de quinquina, un régime et une hygiène sévères, on obtient à grande peine quelques rémissions de courte durée. Le malade allait toujours dépérissant, il y avait un amaigrissement marqué, toutes les fonctions étaient languissantes, la durée de la fièvre avait profondément altéré la physionomie. C'est alors que M. G... fut soumis à l'action de la toile d'araignée. Après quelques jours de l'usage de ce moyen, plusieurs accès manquèrent, puis la fièvre reparut encore quelquefois, mais d'une manière beaucoup moins tranchée ; on persista dans l'em-

ploi du même médicament, et bientôt le mal disparut sans retour.

Dans un second cas, tout à fait analogue au précédent, il s'agissait d'une jeune fille qui, elle aussi, était atteinte d'une fièvre intermittente tierce, laquelle avait résisté au quinquina administré sous diverses formes. Cet état de choses durait depuis six mois au moins, et l'on était alors parvenu à la saison de l'année où les maladies de ce genre résistent le plus opiniâtrément aux moyens les plus puissants, lorsque la malade fut mise à l'usage de la toile d'araignée, soixante pilules de 5 grains chaque de cette substance furent administrées dans l'espace de quinze jours (20 grains par jour) : au bout de ce temps, la fièvre cessa et ne reparut plus ; à mesure que les fonctions se rétablirent, la teinte cachectique de la physionomie s'effaça, l'embonpoint normal revint et la santé se rétablit dans toute sa plénitude.

Ne verra-t-on aussi, dans ces deux cas, qu'une simple et fortuite coïncidence entre l'application de l'agent employé et la cessation de fièvres tierces les plus rebelles? Ce serait, nous le croyons, pousser un peu loin le scepticisme que de raisonner ainsi; sans doute, il est des cas bien avérés de fièvre intermittente du type tierce, qui, après avoir pendant plusieurs mois résisté au traitement le plus méthodique, ont ensuite disparu, sans qu'on pût saisir dans les conditions auxquelles les malades étaient soumis, la cause de ces heureuses solutions; la nature a des ressources mystérieuses à l'aide desquelles elle vient au secours de l'économie défaillante lorsque l'art est obligé de confesser son impuissance ; mais dans ces solutions spontanées si heureuses, les choses ne se passent point ordinairement ainsi que nous venons de le voir ; ce n'est point aussi brusquement que la fièvre disparaît ; les accès se suppriment pendant plusieurs jours, puis reviennent et disparaissent de nouveau, pour reparaître encore et cesser enfin définitivement ; ces recrudescences intermittentes du mal durent ainsi pendant plusieurs mois, et ce n'est, le plus souvent, qu'au bout d'un espace de temps assez long, que la santé est complétement rétablie. Dans les deux derniers cas que nous venons de rapporter, au contraire, rien n'annonçait que la maladie fût près d'être épuisée ; le teint cachectique était des plus prononcés, l'embonpoint avait disparu, la plupart des fonctions s'accomplissaient mal, les accès se reproduisaient régulièrement, et avec leurs trois stades complets : c'est alors que l'on a recours à la toile d'araignée, et au bout de quelques jours de l'emploi de ce moyen, la fièvre cesse complétement et sans retour. En vérité, dans les cas où le sulfate de quinine lui-même nous paraît déployer sa plus grande puissance, les choses ne se passent point autrement. Y a-t-il une influence médicatrice incontestable exercée dans ce dernier cas, tandis que dans le premier il n'y aurait

dans l'enchaînement des mêmes phénomènes qu'une simple coïncidence? Nous ne le pensons pas, et nous nous flattons que de nouvelles expériences tentées par d'autres observateurs viendront plus tard confirmer l'opinion que nous ne craignons point d'émettre ici.

Est-ce à dire pourtant que l'antipériodique dont nous parlons, et que nous croyons doué d'une efficacité réelle, soit infaillible? Nous sommes loin de le penser, et, sans aucun doute, ce n'est point à lui que nous aur ons recou s d'abord au moins; si nous avions à combattre une de ces fièvres intermittentes pernicieuses qui tuent au deuxième ou troisième accès celui qu'elles frappent. Ainsi, dans les diverses expériences que nous avons faites sur ce sujet, deux fois déjà nous avons vu cet agent échouer complétement. Y avait-il, chez les deux individus dont nous parlons, quelques conditions spéciales qui aient pu neutraliser l'influence curative du moyen employé? Nous ne le saurions dire. Le mois dernier, nous avons revu un jeune enfant qui, depuis quinze, dix-huit mois peut-être, est atteint d'une fièvre intermittente tierce; cette fièvre a disparu et reparu sept ou huit fois durant cet intervalle de temps. Comme le sulfate de quinine qui fut administré d'abord, la toile d'araignée a paru pendant quelque temps faire cesser les accès, mais bientôt ils sont revenus et ont opiniâtrément continué. Chez ce petit malade, qui est âgé de douze à treize ans, la palpation fait facilement reconnaître dans le flanc gauche une tumeur oblongue, oblique de dehors en dedans, et qui appartient évidemment à la rate engorgée. Des expériences authentiques ont démontré que le sulfate de quinine jouit d'une puissance altérante incontestable en pareil cas, en serait-il de même de la toile d'araignée? La vertu, la propriété qui, dans les préparations de quinquina, combat, épuise l'accident périodique dans les fièvres intermittentes, combat également et résout la conjection splénique : si, comme les faits tendent à le démontrer, la toile d'araignée possède une semblable vertu antipériodique, il est vraisemblable que la propriété résolutive coexiste également avec elle. C'est d'ailleurs à l'expérience directe à confirmer ou à infirmer cette vue.

Il nous resterait maintenant à expliquer l'action directe de la toile d'araigée sur l'organisme, ou les fonctions. Nous avouerons n'avoir rien à avancer d'un peu satisfaisant sur ce point, c'est pourquoi nous nous abstiendrons. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de dire un mot d'une explication qui se présente immédiatement à l'esprit. L'araignée, soit l'insecte lui-même, soit seulement la toile qu'il a filée, inspire en général une profonde répugnance; pour beaucoup de personnes, la vue seule, le toucher de cet animal inspire une sorte d'horreur : qu'est ce donc lorsqu'il s'agit de l'avaler lui-même, ou son dégoûtant

produit? Sans aucun doute, le système nerveux doit, dans une pareille expérience, éprouver quelque modification. L'effet curatif du remède dépend-il de cette modification? en résulte-t-il? Nous n'oserions certainement résoudre cette question. Il y a dans la science des faits nombreux qui pourtant militeraient en faveur d'une solution affirmative sur ce point. Tous les auteurs qui ont traité, avec quelque développement, des fièvres intermittentes, ont rapporté des cas nombreux de ces maladies où des émotions morales vives, comme une joie soudaine, une frayeur, une surprise, ont mis un terme à des fièvres intermittentes existant depuis un temps plus ou moins long. Puisque le développement même du sujet dont nous nous occupons nous amène naturellement sur ce terrain, nous allons, en finissant, citer un fait qui n'a point été rapporté, que nous sachions, et qui a été observé par Bayle. L'importanee pratique de cette simple expérience et la facilité avec laquelle on peut la répéter, justifieront, je l'espère, cette sorte de digression. Une dame était atteinte d'une fièvre intermittente tierce à laquelle Bayle avait vainement, et pendant un temps fort long déjà, opposé les moyens antipériodiques les plus puissants. Cette dame, excessivement impressionnable, redoutait que sa maladie ne se terminât d'une manière funeste, et attendait avec une sorte d'anxiété l'heure du retour des accès. Bayle, praticien aussi sagace que médecin profond, crut que l'état d'inquiétude, d'anxiété morale vive dans laquelle se trouvait presque constamment cette malade, pouvait bien être la cause qui éternisait une affection dont l'opiniâtreté ne s'expliquait point d'ailleurs : en conséquence de cette vue, il se décida à frapper fortement l'esprit de la malade en lui annonçant, avec solennité, qu'il allait employer un moyen dont l'efficacité était infaillible, mais qui, pour produire son effet, exigeait certaines conditions absolument nécessaires. Voici en quoi consistaient ces conditions : il fallait que la malade prît toute les trois heures, dans l'intervalle des accès, et cela la montre à la main, une pilule composée de substances dont le nom était parfaitement inintelligible : que pendant tout ce temps elle ne vît personne, que les rideaux de sa chambre fussent exactement fermés, qu'il ne se fît aucun bruit autour d'elle, etc. Tout cela était rigoureusement nécessaire, et devait assurer l'efficacité du moyen employé. Madame X... observa toutes ces prescriptions avec la ponctualité d'une hypocondriaque, et la fièvre, pour la première fois, ne revint plus. Si les fièvres intermittentes consistent en une modification du système nerveux, en quoi consiste cette modification? et comment une préoccupation morale forte fait-elle cesser cette modification pathogénetique et ramène-t-elle l'innervation à sa régularité normale? L'agent qui fait le sujet de cet article, et dont les faits nous ont démontré

la vertu antipériodique, agit-il, lui aussi, en modifiant à sa manière le système nerveux? Est-ce ensuite à cette modification que doit être rapportée son action curative? Nous le répétons encore une fois, nous ne saurions résoudre cette question : heureusement la pratique est, jusqu'à un certain point au moins, indépendante des solutions que poursuit la théorie de la science proprement dite, et peut faire son œuvre empiriquement, en attendant qu'elle soit en mesure de la faire d'une manière plus scientifique et plus rationnelle. Max Simon.

DE L'EMPLOI DE L'HYDROCHLORATE DE BARYTE CONTRE LES AFFECTIONS SCROFULEUSES,

Par M. Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône).

Nous avons dejà publié les résultats des expériences faites par MM. Lisfranc, Pyrondi et autres [1], sur l'emploi de l'hydroclorate de baryte principalement contre les tumeurs blanches. Les observations de ces deux praticiens nous semblaient propres à appeler l'attention sur ce médicament énergique qui, entre leurs mains, avait réalisé des succès éclatants. Il est vrai que la pratique d'autres observateurs avait jeté quelque doute sur l'efficacité de cet agent, et il était arrivé pour l'hydrochlorate de baryte, ce qui arrive pour tous les moyens thérapeutiques, c'est-à-dire que les succès d'un praticien sont infirmés par les insuccès d'un autre. M. le docteur Payan, qui vient de reprendre à nouveau dans la Revue Médical. cette question, nous semble avoir parfaitement motivé cette dissidence dans les opinions et cette différence dans les résultats. La maladie scrofuleuse, en effet, n'est pas une affection simple et toujours identique. Au dire général, on se représente constamment la constitution scrofuleuse comme le développement extrême, comme l'exagération du tempérament lymphatique avec débilité générale des organes et des fonctions. Mais l'observation attentive démontre qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que les symptômes scrofuleux se rencontrent souvent chez des sujets à fibre sèche, à teint brun, à cheveux noirs, à tempérament, enfin, autre que le lymphatique; en un mot, comme le dit M. Payan, de même que les lymphatiques ne sont pas tous scrofuleux, de même les scrofuleux ne sont pas tous lymphatiques. De cette différence dans le caractère et la nature de la maladie en résulte une fort grande dans la thérapeutique qu'on doit lui opposer. Elle explique aussi les succès et les revers des praticiens dans une théraphentique identique pour une maladie complexe. Tonifiez, excitez par tous les moyens possibles, un scrofu-

[1] Voyez tom. VI, 328; tom. IX, 34, 88; tom. X, 346; tom. XVII, 260.

leux de la deuxième catégorie, votre médication sera incendiaire et fatale; faites agir les sédatifs et les hyposthénisants dans le premier cas, vous donnerez un aliment nouveau à la maladie.

L'emploi de l'hydrochlorate de baryte doit, selon M. Payan, être subordonné à cette distinction capitale dans l'affection scrofuleuse. Il considère cet agent comme un sédatif, comme un hyposthénisant exerçant une action particulière sur l'élément scrofule développé sans prédominance lympthatique et accompagné d'un état d'irritabilité générale. Dans ces conditions seules, l'emploi de ce sel de baryte a une efficacité réelle et constante, et cela explique les insuccès de ceux qui l'ont employé dans des conditions opposées.

Si, en administrant l'hydroclorate de baryte, on veut se rendre quelque peu raison des effets qu'il produit sur l'organisme, on ne tarde pas à reconnaître qu'il a une action inverse de celle des autres anti-scrofuleux. L'action de ceux-ci, en effet, est généralement excitante; elle tend à stimuler la circulation, à activer le jeu des organes, à tonifier tout le corps; aussi sont-ils généralement pris dans la classe des excitants généraux et des toniques. L'hydrochlorate de baryte est au contraire plutôt un sédatif, un anti-phlegmasique, un contre-stimulant.

Lorsqu'en effet on administre cette substance, la circulation se ralentit d'une manière sensible, au moins le plus souvent, le pouls devient moins fort, moins fréquent, la chaleur de la peau un peu moins prononcée; on voit souvent de vives douleurs occasionnées par la phlegmasie scrofuleuse s'apaiser par son usage; enfin, il convient généralement, pendant le temps de son administration, de recommander l'abstinence des viandes, des liqueurs fermentées et des divers excitants, quoique cependant on les conseille dans les affections scrofuleuses, parce qu'il faut que le régime soit adapté au mode d'agir des médicaments, et qu'un régime stimulant s'allierait mal à un agent médicateur qui jouirait de propriétés stimulantes.

Voyons maintenant les applications particulières que M. Payan a faites de ce médicament.

Ophthalmies scrofuleuses. Si l'on examine avec attention la manière de se comporter des ophthalmies scrofuleuses, on ne tarde pas à reconnaître que, s'il en est une variété remarquable par la lenteur, le peu d'activité de ses symptômes, laquelle affecte principalement l'appareil oculaire externe, il en est une autre espèce caractérisée par une irritabilité très-vive des yeux, un haut degré de sensibilité de ces organes à l'impression de la lumière, une contraction comme spasmodique des paupières, une sécrétion abondante de larmes âcres et chaudes, et

fréquemment aussi un état d'éréthisme général. C'est cette dernière variété d'ophthalmie, que l'on voit assez souvent coïncider avec des caries scrofuleuses, des engorgements glanduleux, des exanthèmes chroniques sur le front, autour des yeux ; qu'il qualifie du nom de scrofuleuse photophobique ou irritative, à cause de ses symptômes principaux, l'aversion excessive de la lumière et la vive irritation de la rétine, symptômes qui sont souvent tellement prononcés que l'on voit les enfants qui en sont atteints (c'est l'enfance qu'elle attaque principalement) s'industrier pour éviter l'impression du grand jour : ainsi, les paupières ne sont plus pour leurs yeux des voiles suffisants pour les protéger de son influence ; ils les recouvrent encore de leurs mains, ou mieux ils veulent qu'ils soient protégés par d'épais bandeaux ; et encore les voit-on souvent se cacher dans les recoins obscurs des appartements, s'enfoncer sous leurs couvertures quand ils sont au lit, etc. Leur physionomie en perçoit même une expression toute particulière, celle que produit une lumière éblouissante qui vient surprendre la vue. C'est encore cette ophthalmie que quelques auteurs, considérant qu'elle apparaît quelquefois, souvent même après des maladies éruptives (variole, rougeole, etc.), ou qu'elle coïncide avec elles (éruptions dartreuses ou teigneuses du front au cuir chevelu), ont décrite sous le nom d'exanthématique ; tandis que d'autres, confondant des symptômes irritatifs avec des symptômes inflammatoires, ne veulent voir en elle qu'une rétinite. Il nous suffit, en ce moment, de savoir que les vrais praticiens, accoutumés à baser leurs notions pathologiques sur la saine observation, ne mettent aucun doute sur la nature de cette affection, pour être dispensé de réfuter ces deux opinions.

La marche qu'affecte cette ophthalmie est la chronique ; on la voit persister pendant plusieurs mois, quelquefois pendant plus d'une et deux années. Et qui ne sait combien elle est rebelle aux médications par lesquelles on la combat ordinairement ; combien même sont sujets à s'accroître ses symptômes, en raison presque des traitements employés ? C'est que la généralité des médecins, ne songeant qu'à la diathèse scrofuleuse que représente l'ophthalmie, croient à la nécessité de s'adresser aux excitants internes ou externes, au sirop de Portal, à l'élixir de Peyrilhe, aux vésicatoires répétés, etc., tous moyens qui ne peuvent qu'accroître la surexcitation de l'organisme à laquelle la photophobie se lie intimement. M. Payan regarde cette manière de faire comme très-désavantageuse, irrationnelle, et comme une des causes principales de la ténacité de cette ophthalmie.

Ce que nous trouvons alors bien mieux indiqué et plus préférable, ajoute ce chirurgien, c'est de remplacer ces moyens excitants par un régime

doux et anti-phlegmasique, par les émollients et surtout par un anti-scrofuleux doué de propriétés anti-irritatives ou hyposthénisantes, c'est-à-dire par l'hydroclorate de baryte, substance doublement précieuse, en ce que non-seulement par ses propriétés anti-scrofuleuses elle agit sur la spécificité de l'ophthalmie, et la modifie en modifiant aussi la tendance scrofuleuse de l'économie ; mais encore parce que, par son action contre-stimulante, elle est très-propre à calmer l'irritabilité générale des individus atteints de cette ophthalmie. Les succès que nous avons obtenus par ce traitement sont trop nombreux, trop constants et ont été trop promptement réalisés, pour ne pas recommander fortement aux hommes de l'art de renoncer aux traitements ordinaires pour expérimenter une médication plus rationnelle, et que le succès viendra prochainement couronner.

A ces considérations M. Payan ajoute quatre observations qui nous paraissent probantes et dans lesquelles l'efficacité de l'hydrochlorate de baryte a été évidente. Mais, comme il a eu soin de le faire remarquer, ce n'est point contre toutes les ophthalmies scrofuleuses indistinctement qu'il recommande le sel de baryte. Il limite son emploi aux seuls cas d'ophthalmie scrofuleuse avec prédominance de symptômes irritatifs. Il le regarde, au contraire, comme sans effet dans l'ophthalmie scrofuleuse indolente. Cette différence d'action établie sur l'observation des faits, explique pourquoi tous les auteurs ne s'accordent pas à admettre les bons effets de ce médicament contre les ophthalmies scrofuleuses ; c'est qu'ils méconnaissent cette différence importante.

Tumeurs blanches scrofuleuses. — Parmi les diverses espèces de tumeurs blanches, la plus fréquente de toutes, sans contredit, est celle qui se développe sous l'influence de la constitution scrofuleuse, et en est, par conséquent, une manifestation ou un signe. M. Payan croit, et nous sommes de son avis, que le traitement en est souvent mal dirigé, en ce qu'on ne lui applique généralement que des moyens locaux, qui, pour être parfois fort énergiques, comme les vésicatoires, les moxas, les cautères, l'application des raies de feu avec un fer incandescent, n'en sont pas moins insuffisants, puisque, ne modifiant point le vice constitutionnel, dont la tumeur blanche n'est que le signe, ils laissent persistante et vivace la cause productrice. C'est donc à celle-ci qu'il importe, avant tout, de s'attaquer primitivement. Or, l'expérience a démontré à M. Payan qu'un des meilleurs moyens d'y parvenir sera de s'adresser à l'hydrochlorate de baryte. Avec les autres médications anti-scrofuleuses qui sont généralement excitantes, on ne ferait qu'accroître la disposition fébrile entretenue par la tumeur blanche ; tandis que la propriété sédative, contre-stimulante en même temps

que spécifique, de l'hydrochlorate de baryte, sera bien plus convenablement adaptée. On sait combien M. Lisfranc a trouvé cette substance avantageuse dans ces cas; M. Payan ajoute trois belles guérisons obtenues par lui à l'aide de cet agent.

Dans les cas où l'affection scrofuleuse se traduit par des caries, des plaies, des engorgements glanduleux ou tuberculeux, des éruptions, etc., chez des personnes non lymphatiques, M. Payan assure que l'hydrochlorate de baryte lui a rendu de grands services, et il en donne pour preuve plusieurs observations.

Du reste, la manière dont M. Payan administre ce médicament diffère un peu de celle des autres praticiens, de M. Lisfranc, par exemple, qui, de prime abord, l'emploie à la dose de 30 centigrammes dans 120 grammes d'eau distillée. M. Payan commence par des doses plus faibles, par 5, 10 centigrammes dans le jour, et arrive peu à peu à des doses plus élevées. De la sorte, il n'expose jamais les malades à des malaises notables, à des surprises de la part de ce puissant agent modificateur, et cependant son action sur l'économie n'en est pas moins efficace.

M. Payan termine son travail remarquable par les conclusions suivantes :

1° L'hydrochlorate de baryte est un anti-scrofuleux puissant, héroïque même en quelque sorte; mais seulement quand les indications qui réclament son emploi sont bien saisies.

2° Contrairement au mode d'agir des autres anti-scrofuleux qui sont excitants ou toniques, l'hydrochlorate de baryte est un contre-stimulant, un anti-irritant, un agent doué de propriétés hyposthénisantes.

3° Il ne doit donc convenir, et l'expérience confirme cette induction, que dans les affections scrofuleuses accompagnées de symptômes irritatifs ou de disposition fébrile.

4° On s'explique par là pourquoi cet agent, très-utile contre les manifestations scrofuleuses qui se déclarent chez les personnes à tempérament autre que le lymphatique, et qui revêtent, par cette circonstance-là même, des formes irritatives ou disposent l'économie à l'irritabilité, ne convient nullement aux scrofuleux à constitution lymphatique indolente ou à constitution débilitée par des privations alimentaires, des habitations insalubres, etc.

5° La tolérance pour ce médicament m'a toujours paru être en raison directe de sa convenance par rapport aux sujets qui sont soumis à son usage.

6° Cette tolérance, dans les cas les mieux indiqués, s'arrête quand

l'économie est saturée, c'est-à-dire quand la modification de la maladie et de l'économie a été obtenue.

7° Quoiqu'il soit nécessaire d'user de prudence dans l'administration de ce remède, nous pensons qu'on a exagéré les dangers de son administration, quand on a conseillé, dans les formulaires, de ne le donner qu'à des fractions de grain. On a pu voir que chez les adultes nous avons constamment commencé par 10 ou 15 centigrammes dans 100 grammes de véhicule, à prendre par cuillerée dans les vingt-quatre henres, et cependant nous n'avons jamais eu à remarquer des accidents.

8° Il est important, quand on veut mettre le chlorure de baryum dans un véhicule, de préférer l'eau distillée pour excipient, afin qu'il n'y ait pas décomposition de la base.

9° Nous ferons encore observer qu'il y a indication, après le traitement par l'hydrochlorate de baryte comme après ceux d'une autre espèce, de faire éviter aux scrofuleux les causes qui avaient favorisé le développement du vice constitutionnel qui les tourmentait, si on ne veut pas être exposé à le voir renaître. Il ne faut pas redonner de la vie au mal qui s'est éteint dans la crainte qu'il ne se réveille plus menaçant.

10° Nos essais sur l'usage thérapeutique de l'hydrochlorate de baryte ne se sont guère rapportés qu'à son emploi interne. Les quelques tentatives que nous avons pu faire de son emploi local, après l'avoir incorporé à l'axonge, sont trop peu nombreuses pour que nous puissions savoir s'il jouit réellement alors de propriété fondantes.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE L'ÉPIDIDYMITE BLENNORRHAGIQUE ET DE SON TRAITEMENT.

L'épididymite blennorrhagique, désignée sous les noms d'orchite, de testicule blennorrhagique, de chaudepisse tombée dans les bourses, est une maladie dont la nature, le siége et le traitement sont loin d'avoir été éclairés par les publications sans nombre qui, depuis quelque temps, se sont succédé avec tant de profusion dans les divers ouvrages périodiques. Dernièrement encore, dans un article publié dans la Gazette médicale, on confondait, avec une rare bonhomie, le sarcocèle syphilitique, symptôme d'infection constitutionnelle, et l'accident successif

de la blennorrhagie, qui n'a rien de commun avec la syphilis. Ce sont de ces choses qu'en vérité on a peine à comprendre.

Nous nous sommes suffisamment expliqué sur le point relatif aux conditions nécessaires de l'infection constitutionnelle, pour qu'il nous paraisse parfaitement inutile d'y revenir.

L'épididymite blennorrhagique n'est rien autre chose que la propagation de la maladie de l'urètre au canal déférent à l'épididyme, et fort exceptionnellement au testicule lui-même; c'est ce qui nous a fait depuis longtemps rejeter la dénomination d'orchique blennorrhagique. Ce qui nous a engagé à lui donner le nom d'épididymite, c'est parce que la première partie affectée, celle par laquelle la maladie commence, celle à laquelle elle peut s'arrêter, c'est l'épididyme. De même qu'il ne peut y avoir d'affection blennorrhagique de l'épididyme sans écoulement urétral, de même il ne peut y avoir d'affection blennorrhagique du testicule sans épididymite.

Comme depuis longtemps je l'ai écrit, l'engorgement de l'épididyme, qui, le plus souvent, succède à la douleur, et qui quelquefois la précède, est; de tous les symptômes, celui qui persiste le plus; après l'épididyme, dans l'ordre de fréquence des organes lésés, vient le cordon, et dans celui-ci, d'abord le canal déférent; quand le cordon est malade, l'épididyme l'est toujours.

Nous devons admettre deux espèces d'épididymites : l'une sympathique, quand l'épididyme seul est affecté; l'autre, de succession ou par propagation de l'inflammation de l'urètre au canal éjaculateur, de celui-ci à la vésicule séminale, au canal déférent, et enfin, à l'épididyme. La maladie peut encore s'étendre à la tunique vaginale, qui s'enflamme, sécrète au sein de sa cavité une liqueur dont les qualités varient suivant le degré de l'inflammation.

Les tuniques du scrotum participent également, plus ou moins, à l'état inflammatoire des parties sous-jacentes. Nous en parlerons plus largement à propos du traitement. Quoi qu'il en soit des deux variétés que nous venons d'établir, que, dans l'un comme dans l'autre cas, ce soit une simple propagation de la maladie; que, dans le premier, la maladie, peu intense, se propage suivant la muqueuse du conduit éjaculateur et du canal déférent, arrive jusqu'à l'épididyme sans avoir pu vaincre la résistance de la tunique fibreuse du canal, pour se développer plus largement et se multiplier en quelque sorte dans l'épididyme, où elle ne trouve plus d'obstacle; ou bien que ce soit une véritable affection sympathique par retentissement : au point de vue du pronostic et du traitement, la distinction restera très-importante, car, par cela seulement que dans le second cas l'inflammation a produit le gonfle-

ment du canal déférent, et de tous les éléments du cordon, les conséquences sont tout autres.

Je ne veux pas entrer ici dans les détails bien connus touchant l'ordre de fréquence relative au côté droit ou gauche. Nous en avons assez parlé dans plusieurs autres circonstances, et nous n'y trouverions pas d'applications thérapeutiques bien importantes ; mais il est un point d'étiologie sur lequel je dois insister : on a dit que l'affection du testicule, ou de ses annexes, était une véritable répercussion, que toujours, lorsqu'elle survenait, l'écoulement urétral disparaissait complétement ; que cette répercussion était le plus ordinairement sous l'influence de l'action des antiblennorrhagiques administrés d'une manière intempestive ou avec peu de modération.

Eh bien ! je dois dire qu'une longue expérience m'a appris très-positivement qu'il n'en était rien.

Si on analyse bien le mode de production d'une épididymite blennorrhagique, voici cc qu'on observe : d'abord, il est extrêmement rare de la voir se développer avant le dixième ou douzième jour d'une blennorrhagie. A cette époque, et souvent beaucoup plus tard, la blennorrhagie a envahi toute l'étendue du canal, et est, pour l'ordinaire, peu inflammatoire quand survient une cause d'exacerbation quelconque de la maladie. Et ici, je devrais parler des marches forcées, des excès de boissons, des rapports sexuels intempestifs, de l'action du froid... ; dès lors le mal, trouvant un développement facile du côté des organes de la sécrétion spermatique, pourrait bien agir sur ces parties à la manière des révulsifs, et ainsi, améliorer l'état du canal, diminuer ou même supprimer l'écoulement.

Les choses se passent le plus ordinairement ainsi, et, s'il survient une épididymite pendant l'administration des antiblennorrhagiques, on doit s'en prendre beaucoup plus tôt à quelques-unes des causes dont nous venons parler, et ne pas accuser ces préparations d'un mal qu'elles sont loin d'avoir produit, mais que seulement elles n'ont pu empêcher. Il survient, toute chose égale d'ailleurs, un beaucoup plus grand nombre d'épididymites chez les individus qui ne font rien, absolument rien à leur blennorrhagie, que chez ceux qui font usage du cubèbe ou du copahu. C'est un fait dont je m'assure toutes les fois qu'un malade affecté de blennorrhagie se présente à mon observation.

Inutile de donner ici toute la symptomatologie de cette affection ; elle est trop bien connue pour que j'insiste sur un point qui a été l'objet de tant de discussions académiques, sur lequel tous les professeurs de clinique reviennent chaque jour. Les limites très-restreintes qui me sont imposées par l'esprit bien ordonné de ce journal, m'obligent d'avoir sur-

tout égard aux méthodes de traitement. Il est cependant un point qu'il est bien important d'établir, c'est celui relatif à l'état du corps du testicule. Si on examine cet organe avec grand soin, voici ce qu'on remarque : le corps du testicule, enchâssé dans l'épididyme doublé ou triplé de volume, et qui le déborde de toute part, a le plus ordinairement, je dirai même presque toujours, conservé son volume, son élasticité normale ; il présente au toucher cette rénitence et cette quasi-fluctuation qu'on lui connaît, et qu'il est très-facile de distinguer de la sensation de fluctuation que donne le liquide épanché dans la tunique vaginale. A ceux qui prétendent que le testicule est malade dans le plus grand nombre des cas, je demandrai qu'ils veulent bien assigner les caractères tranchés auxquels on pourra reconnaître cette inflammation, comme ils assignent ceux qu'affectent l'épididyme, le cordon et les tuniques du scrotum, ceux qui montrent à tous les yeux, font sentir à tous les doigts cette inflammation, portant sur des organes dont l'exploration est facile.

Une cause d'erreur a pu être, pour quelques personnes peu versées en anatomie, la position anormale de l'épididyme qui, dans ce cas, se trouve en avant du testicule, au lieu d'être en arrière et en haut ; dans ce cas, on a pu prendre l'épididyme pour le testicule. Scarpa a du reste signalé ce fait bien avant nous.

Quoi qu'il en soit, j'ai observé quelquefois l'inflammation blennorrhagique du testicule, mais, dans ces cas, la maladie était beaucoup plus grave, il y avait alors une véritable orchite, le testicule perdait son élasticité, quoique son volume augmentât peu. Si la maladie se terminait par résolution, elle était d'ordinaire suivie d'une atrophie plus ou moins complète du testicule ; dans d'autres circonstances, j'ai vu la suppuration se faire dans le corps même du testicule. Mais, je le répète, ces faits sont très-exceptionnels, et le seraient beaucoup moins, si le corps du testicule prenait aussi souvent qu'on le dit sa part de l'inflammation blennorrhagique, qui trouve dans le corps d'Higmore une barrière qu'elle pourrait franchir, il est vrai, mais qu'elle semble respecter.

Je ne dois pas non plus passer sous silence ce fait, qui, je pense, n'a encore été signalé par personne. En pratiquant le toucher anal, lorsque le gonflement du canal déférent est considérable, on perçoit très-distinctement l'engorgement du lobe prostatique correspondant au canal éjaculateur malade. La plus grande fréquence de l'épididymite gauche ne serait-elle pas, dans beaucoup de cas, la cause des engorgements de la prostate, qui, comme on le sait, s'observent plus souvent à gauche qu'à droite.

Dernièrement, j'ai observé un cas fort intéressant : un malade se

présente à moi, portant une tumeur inguinale, il y avait même de la fluctuation ; on croit d'abord à l'existence d'un bubon suppuré, mais bientôt on s'aperçoit que le testicule correspondant n'était point dans la bourse, la tumeur était formée par l'épididyme et le testicule retenu dans l'anneau inguinal. La fluctuation était produite par l'épanchement formé dans la tunique vaginale.

Ce malade éprouva presque tous les symptômes d'un étranglement herniaire, lypotymies, vomissements, douleurs abdominales. La fièvre était vive ; il fut saigné, des sangsues furent appliquées sur la tumeur ; la guérison fut rapide.

Mais j'arrive sans délai à la thérapeutique de cette affection ; et d'abord, je dois dire que, pour la cure de cette maladie, comme pour celle de toutes les autres, il n'est permis d'avoir recours en toute circonstance à un seul et unique mode de traitement.

On a prétendu guérir toutes les épididymites en peu de jours par le repos seulement ; d'autres ont trouvé dans la compression un moyen toujours promptement efficace et sûr. Les ponctions multiples, aussi exclusives que la compression l'avait été, sont venues détrôner un moyen thérapeutique pourtant, somme toute, beaucoup plus utile que ces dernières dont on a singulièrement exagéré l'utilité.

Voici, à cet égard, les résultats de ma propre expérience ; et d'abord, j'ai attaché peu d'importance aux faits publiés, parce que j'ai vu qu'on n'était pas fixé sur la valeur pronostique du gonflement considérable du cordon, qu'on n'avait pas su apprécier l'état du testicule, et que, dans l'appréciation des moyens, on ne tenait pas assez compte des autres conditions hygiéniques qui, pour avoir peut-être paru insignifiantes, ne l'étaient pas plus que les ponctions multiples, par exemple.

J'ai pratiqué suivant les indications posées, et indistinctement sur les malades, tels qu'ils se présentaient dans mon service, les ponctions multiples. Sur les soixante épididymites environ qui ont été traitées de la sorte, j'en ai trouvé un bon nombre qui étaient loin, je vous assure, de guérir aussi vite qu'on l'avait annoncé. Celles qui guérissaient en huit ou dix jours, étaient celles que le repos, la diète, auraient guéri dans un temps à peu près égal ; celles que la compression auraient guéri en trois, quatre ou cinq jours. Pour toutes les autres, les ponctions multiples avaient une action bien douteuse, sinon tout à fait nulle.

Voici au reste la conduite que je tiens d'ordinaire : j'examine avec grand soin l'état du canal déférent ; s'il y a de la sérosité dans la tunique vaginale, je lui donne issue afin de diminuer la tension des parties et aussi pour mieux apprécier l'état des organes. Si l'écoulement urétral a disparu, je me garde bien de faire quoi que ce soit pour le rappeler ;

revenu, il pourrait ensuite n'être plus aussi facile à tarir qu'on voudrait bien. Je dirai tout à l'heure la conduite que je tiens lorsqu'il persiste.

Si l'œdème des bourses, si le canal déférent n'est pas trop volumineux, j'ai recours immédiatement à la compression, par la méthode de Fricke de Hambourg. Elle se pratique avec des bandelettes d'emplâtre de *vigo cum mercurio* sparadrapé; ces bandelettes doivent avoir dix lignes de large. On saisit le testicule malade, on le refoule avec ménagement vers la partie inférieure du scrotum, sans distendre le cordon, et en l'isolant de celui du côté opposé; on place ensuite au-dessus de la main gauche, qui tient la tumeur embrassée, quelques tours de bandelettes appliquées circulairement sur l'insertion du cordon. Il faut que cet anneau soit assez serré pour que le testicule, abandonné à lui-même, se trouve retenu par lui, et ne puisse pas s'y engager; cela étant fait, les tours circulaires sont continués sur le testicule de manière à exercer une pression assez forte, mais égale et cylindrique, jusqu'à sa partie inférieure, et en évitant autant que possible de faire des plis à la peau. Arrivé là, des bandelettes séparées sont appliquées en s'embriquant et en se croisant, pour exercer à leur tour la compression de bas en haut; les extrémités sont ensuite maintenues supérieurement par quelques nouveaux tours circulaires.

L'application de ce pansement détermine souvent beaucoup de douleur, mais elle cesse bientôt, et si aussitôt qu'elle est faite, elle allait en augmentant plutôt qu'en diminuant, il faudrait enlever la compression qui, dès lors, deviendrait plus nuisible qu'utile. Avec cette précaution, je n'ai jamais vu survenir ces accidents de gangrène qui ont fait abandonner ce moyen à plusieurs praticiens, qui cependant en avaient éprouvé, dans la majorité des cas, de très-bons résultats. Dans les cas où le gonflement trop considérable du cordon, l'énergie des symptômes inflammatoires sont un obstacle à l'emploi de la compression, je fais appliquer des sangsues sur le trajet du cordon, des cataplasmes émollients, des frictions mercurielles; le repos, la diète, les purgatifs, tels sont les moyens qui m'ont paru le mieux réussir.

Il ne faut avoir recours à la saignée générale que dans les cas où le sujet est très-vigoureux et où des symptômes réactionnels généraux se manifestent. Lorsque la résolution de l'engorgement de l'épididyme et du cordon se fait attendre, on peut appliquer à plusieurs reprises quelques sangsues sur le trajet du cordon, suivant la méthode de M. Lisfranc. Mais, quel que soit le moyen thérapeutique auquel on donne la préférence, lorsque l'engorgement du cordon est très-considérable, on n'obtiendra pas la guérison en moins de quinze jours ou trois semaines,

tandis que par la compression, dans les cas simples, on l'obtient souvent en trois, quatre ou cinq jours.

Si l'écoulement n'a pas complétement disparu, si je ne trouve dans le canal de l'urètre aucune contre-indication de l'emploi des préparations balsamiques, je profite de la diminution notable de l'écoulement pour le tarir s'il est possible; si même les symptômes inflammatoires du cordon et de l'épididyme ne sont pas très-intenses, je prescris tout de suite les injections, et, par ce moyen, le malade a l'avantage de guérir en même temps, et de son épididymite et de sa blennorrhée. Cette conduite, que je tiens depuis bien longtemps, m'a toujours paru réussir plus promptement et plus sûrement.

On n'a rien à craindre, quoi qu'il en soit, de l'administration des préparations balsamiques, car, dans un précédent article nous avons démontré que leur action spécifique ne s'étendait que d'une manière bien équivoque au delà des surfaces muqueuses urinaires; et, en agissant d'autre part comme purgatif, elles ont encore une action utile à l'épididymite. Je n'ai pas voulu parler des moyens prophilactiques, de l'importance de porter un suspensoir, des divers emplâtres résolutifs qu'on a coutume d'employer pour obtenir la résolution du reste de l'engorgement, qui persiste si souvent après la guérison, c'est-à-dire après que la douleur a disparu et que le malade peut reprendre ses occupations, car toutes ces choses sont bien connues. Qu'il me suffise d'avoir montré qu'en thèse générale, on ne peut pas dire que l'épididymite guérisse en cinq ou six jours, pas plus qu'on ne pourrait croire à l'efficacité exclusive de la compression, des piqûres multiples, des sangsues. Il faut agir en cette circonstance comme en toute autre, suivant des indications basées sur une symptomatologie bien étudiée et bien appréciée; après cela, on se gardera d'être exclusif dans les moyens.

RICORD.

QUELQUES MOTS SUR L'OPÉRATION DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE, SUIVIS DE DEUX OBSERVATIONS DE CETTE OPÉRATION PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS, PAR M. SICHEL.

Si le nombre excessif des médicaments proposés contre certaines maladies indique en général que la médecine n'a pas de très-grandes ressources contre elles, on peut dire avec autant de justesse que la multiplicité des méthodes inventées pour pratiquer une opération est en général en raison directe de la difficulté de son exécution. Si l'on appliquait cet axiome à l'opération de la pupille artificielle, dont les mé-

thodes et procédés inventés jusqu'ici sont plus nombreux que pour toute autre opération chirurgicale, et dont les monographies rempliraient à elles seules une bibliothèque, on devrait croire que ses difficultés surpassent de beaucoup celles des autres opérations. C'est aussi cette opinion qui semble généralement prévaloir en France, raison pour laquelle on m'a souvent demandé si la pupille artificielle avait réussi quelquefois entre mes mains. Il y a peu d'années encore, on a publié dans un journal que, sur dix-huit cas de pupille artificielle pratiqués par les chirurgiens les plus distingués, pas une seule n'avait réussi; et, dans une publication périodique de janvier 1841, on propose la distension permanente et forcée de la pupille (pratiquée depuis longtemps par Himly), pour remplacer « une opération aussi délicate, et le plus souvent aussi imparfaite que la pupille artificielle. »

On aurait tort cependant de juger sur de pareilles données cette opération, l'une des plus belles de toute la chirurgie. Si elle échoue souvent, cela tient plus à ce qu'elle est entreprise fréquemment dans des circonstances qui ne permettent pas d'espérer de succès, ou d'après des méthodes vicieuses, qu'à une imperfection inhérente à l'opération elle-même. On peut au contraire affirmer avec raison qu'elle a acquis toute la perfection désirable, et qu'il ne s'agit plus d'inventer des méthodes nouvelles, mais seulement de choisir parmi celles existantes, en y appliquant une critique saine et rigoureuse.

Deux méthodes suffisent parfaitement pour pratiquer avec succès cette opération, dans tous les cas où l'opacité complète de la cornée, la désorganisation de l'iris ou celle des membranes internes n'en rendent point la réussite radicalement impossible. Ces deux méthodes sont: 1° le décollement de l'iris ou *iridodialysie;* 2° son excision ou *iridectomie*. L'*iridodialysie* peut, en général, se pratiquer toutes les fois qu'il s'agit d'établir une pupille vers le côté interne, interne supérieur, ou interne inférieur; l'*iridectomie*, au contraire, quand l'ouverture artificielle doit occuper le côté externe, externe supérieur ou externe inférieur de l'iris.

Pour faire le décollement, il faut ouvrir la cornée plus ou moins près de son centre dans l'étendue la plus petite possible, mais qui ne doit pas occuper moins de deux millimètres; il faut introduire dans la chambre antérieure une petite érigne, saisir l'iris à sa jonction avec la choroïde, le décoller, extraire la portion saisie et la fixer entre les lèvres de la plaie cornéenne.

Pour pratiquer l'iridectomie, il faut ouvrir la chambre antérieure plus ou moins latéralement, selon la situation de la portion transparente de la cornée, y introduire des pinces fines fermées, les ouvrir,

presser légèrement sur l'iris avec les mors écartés pour faire saillir entre eux un pli qu'on saisit en les serrant, puis extraire et exciser ce pli aussi près que possible des bords de la plaie.

Dans une monographie de cette belle et importante opération, que nous nous proposous de publier, nous exposerons ultérieurement tous les détails de la manœuvre et les indications à remplir. Il suffira de dire ici, premièrement, que les deux méthodes que nous venons d'indiquer n'ont jamais manqué de nous donner un succès complet, quand l'état de l'œil nous permettait de le prédire; secondement, que le nombre des pupilles artificielles que nous avons établies est très-grand. M. le docteur Lenoir, agrégé à la faculté de médecine, a fait aussi dernièrement plusieurs pupilles artificielles par décollement et par excision, avec un succès complet, en suivant les méthodes et les principes qu'il m'a vu appliquer à ma cliuique.

Quelques observations pourront mieux faire comprendre ce que nous venons de dire, et faire ressortir la simplicité et la facile exécution des deux méthodes principales, qui cependant ont besoin d'être fréquemment répétées sur le cadavre.

Obs. I. OEil gauche perdu depuis quinze ans. Pupille artificielle pratiquée sur l'œil droit par excision. Succès complet. — Mme D., âgée de soixante-deux ans, a l'œil gauche réduit à un très-petit moignon depuis une quinzaine d'années. L'œil droit est le siége d'un leucoma central assez étendu de la cornée, auquel presque toute la pupille est adhérente; une portion minime de cette ouverture, de l'étendue d'une très-petite tête d'épingle environ, apparaît derrière l'angle supérieur externe du leucoma, et se dilate davantage à une lumière douce. Cependant cette portion de la pupille est encore masquée par la légère opacité qui entoure le leucoma, et la malade ne voit que les doigts et ne peut se conduire ni voir d'autres objets. Une légère conjonctivite est combattue par des bains de pieds, quelques purgatifs et un collyre saturé.

L'opération, fixée au vendredi 6 décembre 1839, est pratiquée à huit heures du matin, malgré une nouvelle injection légère de la conjonctive, que je découvre au moment de la commencer. La chambre antérieure est ouverte à l'extrémité du bord supérieur externe de la cornée; l'extraction et l'excision de la portion de l'iris placée entre le restant de la pupille normale, la partie supérieure externe du leucoma et le tiers moyen du bord pupillaire externe, réussit parfaitement, malgré la mobilité de l'œil. La malade jette un cri de douleur pendant que j'extrais le lambeau de l'iris, et après que je l'ai excisé toute la chambre antérieure se remplit de sang, que j'essaie en vain d'évacuer à l'aide

d'une petite spatule mousse. Une petite partie seulement de ce liquide s'écoule, et je n'ose pas écarter davantage les lèvres de la plaie pour en faire sortir une plus grande quantité, de peur d'amener une suppuration; les paupières sont fermées avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre, et la malade est couchée sur le côté droit. (Fomentations d'eau froide, saignée de trois palettes à cinq heures du soir.)

Le lendemain, 7 décembre, les paupières n'étant pas gonflées, j'ouvre l'œil; la conjonctive est très-modérément injectée, les lèvres de la plaies sont bien jointes, il n'y a plus de sang dans tout le côté interne de la pupille, mais tout le reste de la chambre antérieure en est encore rempli; la malade entrevoit mes doigts.

Le 8 décembre, la rougeur de l'œil est à peu près la même, la plaie est collée par une substance blanchâtre et n'est presque pas entourée d'opacité; la pupille est très-large, son côté externe presque pur, son côté interne et la chambre antérieure remplis de sang; dans la partie inférieure interne de la pupille, il y a quelques filaments rouges qui me font craindre qu'il ne reste sur la capsule une espèce de cataracte sanguine reticulée. (Cessation des fomentations, frictions mercurielles de deux heures en deux heures, légère nourriture.)

11 décembre : la malade distingue les doigts et voit quelques gros objets, le sang est pour la plus grande partie résorbé; il n'y en a plus que peu sur le côté interne et inférieur de la pupille et dans la partie moyenne inférieure de la chambre antérieure. Au-devant de la partie inférieure de la capsule, il y a encore quelques stries sanguines, la pupille est extrêmement large, la vue très-nette. Quelques jours plus tard la malade reconnaît les raies de différentes couleurs dans deux foulards. La cicatrice est complète, linéaire et presque invisible; la conjonctive est fort légèrement injectée. Je ne remets plus de bandelettes, et je permets à la malade d'ouvrir l'œil quatre à six fois par jour pendant dix minutes, et de regarder ses doigts.

23 décembre : la malade, accompagnée de sa nièce, vient me voir chez moi; l'œil opéré est dans les meilleures conditions; la pupille est parfaitement nette, et la malade reconnaît sans lunettes, à la distance de quatre décimètres et demi (un pied et demi), des lettres majuscules d'environ deux centimètres (dix lignes) de hauteur. La conjonctivite persistant, quoique à un degré très-léger, je fais cautériser, avec le sulfate de cuivre, la paupière inférieure qui présente quelques granulations.

La vue s'améliore très-promptement, et la malade quitte Paris, se conduisant très-facilement à l'œil nu, et lisant un caractère moyen à l'aide de lunettes de presbytie ordinaires du n° 36.

Obs. II. Œil droit perdu par la fonte purulente. Pupille arti-

ficielle pratiquée à l'œil gauche par décollement dans des circonstances très-défavorables le 20 *novembre* 1839. *Succès complet.*— Mademoiselle H., âgée de vingt ans; constitution sanguine, œil droit phthisique depuis fort longtemps par suite d'une ophthalmie.

L'œil gauche présente un staphylôme considérable de l'iris placé dans le tiers supérieur interne de la cornée; l'iris, entraîné vers le staphylôme, est fortement tendu, brunâtre et décoloré en plusieurs endroits par des stries d'un bleu sale, comme celles qu'on voit dans le glaucôme et dans la désorganisation iridienne. Ces circonstances et la présence de vaisseaux variqueux dans la conjonctive et dans la sclérotique, ainsi qu'un reste d'inflammation de cette première membrane, me font craindre une désorganisation ou une phlegmasie chronique interne et une fausse membrane derrière l'iris. Après quelques semaines d'un traitement antiphlogistique modéré, je me décide à pratiquer l'opération de la pupille artificielle; les adhérences étroites de l'iris et de la cornée, à leur centre, ne permettant pas d'espérer de pratiquer avec succès l'excision indiquée par la position de la partie saine de ces membranes, l'iridodialysie est faite en bas et en dehors à l'aide d'un couteau lancéolaire et d'un crochet courbé sur le plat, tenus de la main gauche. L'introduction de ce dernier instrument est très-difficile, à cause de l'irrégularité de la ponction pratiquée très-près du staphylôme et dans la partie encore un peu adhérente de la cornée. Le crochet ne chemine qu'avec peine, en poussant toujours devant lui l'iris qui, après la ponction de la cornée, s'est tout à fait rapproché de cette membrane. J'ai la plus grande peine à retirer le crochet, qui est tellement arrêté dans l'adhérence, que je pense d'abord avoir accroché la cornée à cause de la courbure insolite sur le plat que j'avais été forcé de faire donner à la tige du crochet, afin d'empêcher que le manche de l'instrument n'arc-boutât contre le front.

Je suis forcé de le repousser dans la chambre antérieure après l'avoir dégagé très-péniblement, et après avoir perdu prise sur l'iris, que je saisis de nouveau; mais j'éprouve la même difficulté à retirer le crochet, et j'acquiers la conviction qu'une adhérence entre l'iris et la capsule cristallinienne recouverte d'une fausse membrane, est la cause de la difficulté inaccoutumée; je ne puis dégager le crochet que par une traction brusque et un peu violente. Une procidence considérable de l'iris est extraite par ce mouvement; la malade jette un cri et la chambre antérieure se remplit de sang. (Saignée de quatre palettes, fomentations glacées; le soir, frictions mercurielles belladonées; le surlendemain, nouvelle saignée de quatre palettes. J'administre le calomélas avec l'opium à l'intérieur, à cause de douleurs qui se sont montrées.)

L'inflammation persiste longtemps avec une grande opiniâtreté; la photophobie et le chémosis sont considérables; la paupière est assez gonflée.

Vers le commencement de décembre, la malade ouvre un peu les yeux à une lumière modérée, et dit qu'elle commence à entrevoir les objets; pendant l'exploration au jour ordinaire, l'œil s'injecte encore fortement.

Le 12 décembre, une exaspération de l'inflammation nécessite une troisième saignée; le lendemain, la malade ouvre mieux l'œil, et elle reconnaît parfaitement bien mes doigts.

Le 18 décembre, la procidence de l'iris s'est détachée, la pupille est large et grande, et la malade voit sans lunettes les aiguilles de ma montre; la paupière est encore un peu gonflée, cependant la malade n'a plus besoin de la relever avec la main pour y voir; l'œil n'est presque plus rouge, sauf aux endroits qui offrent des vaisseaux variqueux.

La vision s'est parfaitement rétablie, et, au bout de quelques mois, la malade a pu exercer son état de polisseuse.

Sichel.

DE LA GUÉRISON DU STRABISME.

(Dernier article.)

Récidive du strabisme. — On a eu plusieurs fois l'occasion d'observer le retour de la difformité, quelque temps après avoir divisé le muscle contracté; cette récidive est produite par l'emploi d'une méthode vicieuse, ou bien par l'exécution incomplète d'un bon procédé.

La méthode sous-conjonctivale, si dangereuse dans son application, est celle qui met le moins les malades à l'abri d'une récidive. Non-seulement, par cette méthode, on n'a pas la conscience de ce que l'on fait, mais on laisse encore les parties dans une situation telle que la réunion des bouts musculaires est inévitable; par conséquent, dans la majorité des cas, la récidive est imminente. Que ceux qui l'emploient consentent donc à produire une statistique *vraie*, et l'on aura la preuve de ce que j'avance[1].

Lorsque l'on opère par l'autre méthode, c'est-à-dire par celle qui

[1] Il est à désirer que l'Académie nomme une commission pour apprécier la valeur de l'opération faite pour guérir le strabisme; elle mettrait par là un terme à ces annonces qui induisent en erreur les praticiens de la province.

consiste à ouvrir largement la membrane muqueuse pour mettre le muscle à découvert, on observe aussi des récidives lorsque l'on ne résèque pas le bout antérieur. Dans le but de démontrer la vérité de cette proposition, j'ai opéré quatre sujets en présence d'un grand nombre de chirurgiens de Paris. Dans ces cas, je n'ai pas fait la résection du bout antérieur, et les récidives se sont formées à des espaces de temps différents.

Ainsi, sur le premier sujet, elle s'est faite trois semaines après l'opération ;

Sur le deuxième, dix jours après ;

Sur le troisième, treize jours après ;

Sur le quatrième, vingt-trois jours après l'opération.

Ils ont été opérés de nouveau, et l'on a pu vérifier le mode de réunion des deux bouts musculaires. Une substance intermédiaire, plus pâle que le tissu musculaire, ayant à peine un quart de ligne d'épaisseur, avait rapproché les deux bouts du muscle qui avait contracté des adhérences solides sur toute la longueur de la sclérotique; les nouvelles attaches créèrent des difficultés assez grandes, qui mirent obstacle à la rapidité d'exécution de cette seconde opération.

On a voulu justifier des récidives et expliquer des insuccès en établissant un *strabisme optique*. Nous avons montré à l'Académie des malades qui étaient dans les conditions de ces strabismes optiques, et le succès n'en a pas moins été complet et durable, car c'est trois mois après l'opération que ces malades ont été soumis au jugement de l'Académie.

Le strabisme optique est une création ingénieuse, qui laisse un vaste champ à l'opérateur pour chercher à justifier ses revers. On peut la citer comme un modèle du genre, et elle doit servir de pendant à cette invention de lunettes de toutes formes, de toutes couleurs et de tout prix, qui n'ont un intérêt réel que pour le fabricant, et quelquefois pour l'opérateur qui les prescrit.

Je résume en peu de mots :

Il ne peut pas y avoir de demi-succès après cette opération, le résultat est complet ou incomplet; dans le premier cas, l'opération a été bien faite ; dans le second, son exécution a été vicieuse; on ne peut pas admettre d'autre explication.

La récidive est imminente lorsque l'on ressèque pas le bout antérieur du muscle divisé, et la méthode sous-conjonctivale est celle qui favorise le plus cette récidive.

Des mouvements de l'œil.

L'œil est mis en mouvement par six muscles qui peuvent agir isolé-

ment, et qui peuvent s'associer pour produire des effets combinés. Il existe encore dans l'œil des mouvements involontaires et des mouvements volontaires qui dépendent de l'action musculaire agissant en dehors du globe oculaire.

Lorsque l'œil est déplacé par les muscles qui fonctionnent isolément, on le voit être porté en dedans, en dehors, en haut et en bas, par l'un de ces quatre muscles agissant isolément; si deux muscles droits combinent leur action, ils produisent des déplacements mixtes; si, par exemple, le muscle droit interne agit en même temps que le muscle droit supérieur, le globe oculaire sera dirigé en dedans et en haut, c'est à dire qu'il suivra une direction moyenne; cette direction sera la perpendiculaire abaissée sur la base du triangle de ces deux forces. Si les quatre muscles droits agissent simultanément, ils produisent le même effet que celui déterminé par le muscle supplémentaire que l'on voit chez quelques animaux; ils tirent l'œil en arrière.

Lorsque les muscles obliques se contractent, ils modifient aussi les mouvements directs imprimés par les muscles droits, et ils sont aussi leurs antagonistes. Ainsi le muscle grand oblique attire l'œil en haut et en dedans lorsqu'il se contracte seul, ou en même temps que le muscle droit interne; et le petit oblique le dirige en bas et en dedans lorsqu'il agit sans le grand oblique. Ces deux muscles, réunissant leur action, créent l'antagonisme de la puissance des quatre muscles droits, c'est-à-dire qu'ils retiennent l'œil en avant, qui serait, sans leur secours, attiré en arrière par la contraction simultanée des quatre muscles droits.

Les anatomistes ont donné d'autres explications de ces phénomènes: ainsi, Karl-Beels dit que le petit oblique attire l'œil en haut, et que le grand oblique le porte en bas [1].

Valentin croit que l'œil est dirigé, en haut et en dedans, par l'action des muscles droit interne et *petit oblique* [2].

Alexandre Lauth a écrit que le muscle oblique supérieur dirige la partie supérieure de l'œil en dedans et en avant vers le nez, et que l'inférieur tourne la partie externe en bas et en avant [3].

Schrœder Vander-Kock dit que les muscles obliques agissent toujours ensemble. En présence d'une si grande divergence d'idées, il était nécessaire de suivre une nouvelle voie d'observations; les résultats si divers obtenus par ces physiologistes sont dus à leur mode d'expérimentation. Ainsi, leurs recherches ont été faites sur le cadavre, et alors la

[1] *Physiologische und pathol.*, p. 169; 1832.
[2] *De fonctionibus nervorum cerebralium.* Berne, 1839.
[3] *Nouveau manuel d'anatomie.*

dissection ayant complétement isolé les agents musculaires, ces derniers ont imprimé à l'œil les mouvements que l'expérimentateur a voulu déterminer; ou les observations ont été faites sur des animaux vivants, et, dans ces circonstances, on n'a obtenu encore que des résultats incomplets, parce que la douleur produite par ces vivisections a créé des mouvements insolites qu'il est impossible d'isoler, et d'attribuer à un muscle plutôt qu'à un autre.

La pathologie seule pouvait dévoiler ce mystère: c'est la pathologie qui a été interrogée, c'est la pathologie qui a répondu.

Après avoir opéré des strabismes convergents, en coupant seulement le muscle droit interne, j'ai vu des yeux conserver une déviation en dedans et en haut; la dissection de la membrane muqueuse fut étendue plus au loin sous la paupière supérieure, et le tendon du muscle grand oblique fut coupé en travers; aussitôt, libre de tout obstacle, le globe de l'œil vint reprendre sa position normale, et, dans une variété de déviation en bas et en dedans, il a suffi de couper le muscle petit oblique pour permettre à l'œil de venir occuper le centre de l'ouverture des paupières.

Ces mouvements, que j'appellerai mouvements primitifs, produisent des mouvements secondaires, en agissant sur des parties qui entourent les muscles, qui leur donnent des points d'attache, et qui enveloppent le globe oculaire.

L'œil est isolé dans l'orbite, c'est-à-dire que la graisse n'est pas immédiatement en contact avec la sclérotique; une gaîne fibreuse les sépare et elle laisse à l'œil la liberté de ses mouvements. Cette gaîne, décrite depuis peu par M. Bonnet de Lyon, facilite l'explication de quelques déplacements du globe oculaire.

Cette gaîne, attachée au nerf optique, s'avance en entonnoir jusque dans les paupières, qui reçoivent les impulsions des muscles, transmises par la gaîne; elle est traversée par les muscles droits et obliques avant d'arriver à l'œil, et ils contractent sur elle des adhérences supplémentaires; ils ont ainsi deux points d'attache en avant: l'un à la sclérotique, et l'autre à la capsule. La contraction des muscles ne peut donc pas agir seulement sur le globe de l'œil, mais elle transmet encore son action à la gaîne d'enveloppe. Cette influence se fait encore sentir aux paupières; la gaîne dont nous parlons est attachée au cartilage tarse de la paupière inférieure, et elle entraîne cet organe dans toutes les directions, quelque variées qu'elles soient, imprimées à l'œil par les muscles. Ainsi, dans le strabisme, l'ouverture palpébrale est toujours déformée, et lorsque le muscle et l'aponévrose ont été coupés, cette ouverture est un peu plus grande que celle de l'autre œil. Le cartilage tarse n'étant

plus aussi bien soutenu par la gaîne, fléchit un peu et agrandit l'écartement des paupières. On voit donc que les mouvements d'élévation et d'abaissement de la paupière inférieure sont produits sans le secours d'un muscle particulier.

Les muscles droits supérieur et inférieur sont encore abducteurs et adducteurs de l'œil; leur attache antérieure s'épanouit en éventail près de la circonférence de la cornée, de telle sorte qu'il y a un faisceau musculaire reposant sur la partie interne de la sclérotique, et un autre sur la partie externe. Ces faisceaux, en se contractant isolément, aident le muscle interne à porter l'œil en dedans, et facilitent l'action du muscle externe lorsqu'il attire l'œil en dehors. La preuve de ce fait, c'est que l'œil est très-souvent amené en dedans ou porté en dehors après la division des muscles droits externe ou interne, et ces mouvements supplémentaires sont quelquefois aussi grands que ceux produits par les deux muscles avant leur division.

Lorsque les muscles obliques réunissent leur action, lorsqu'ils se contractent simultanément, ils portent l'œil en totalité dans l'angle interne des paupières, et selon que les autres muscles agissent pour *accommoder* l'œil sur un objet que l'on veut voir; les obliques modifient la forme du globe oculaire, ils allongent ou ils diminuent son axe antéro-postérieur, et ils déterminent les mouvements internes volontaires et involontaires que nous allons examiner.

Des mouvements internes de l'œil.

On remarque dans l'intérieur de l'œil des phénomènes dont les causes déterminantes agissent en dehors de cet organe, ce sont les divers mouvements de l'iris et les déplacements du cristallin. Les mouvements de l'iris sont de deux espèces; la pupille peut être contractée volontairement, et elle est aussi resserrée ou dilatée sans que la volonté produise cette modification.

Les déplacements lenticulaires sont toujours passifs et sous l'influence des contractions des muscles qui fonctionnent dans l'orbite.

Lorsque l'œil est porté vers un objet, et lorsque par la volonté on tient l'œil dans cette direction, lorsqu'enfin on fait un effort pour voir, la pupille se contracte sous cette volonté; ce mouvement est donc un mouvement volontaire, puisque le sujet peut faire cesser cette contraction en ne forçant pas l'œil à rester dirigé vers l'objet que l'on veut voir.

La pupille change de forme passivement lorsque la rétine est plus ou moins fortement impressionnée par la lumière: elle se contracte ou se dilate, mais, dans ce cas, la volonté n'exerce aucune influence sur

ces changements ; ces modifications sont donc des mouvements involontaires.

Il existe encore un mouvement combiné consécutif, c'est lorsque, par la volonté, on porte les deux yeux dans les grands angles des paupières, c'est-à-dire quand on louche volontairement ; la pupille se contracte toujours alors, et le mouvement, qui est sous la dépendance de la contraction volontaire du muscle droit interne, cesse quand on laisse ce dernier dans le relâchement.

Les contractions musculaires, en déplaçant le globe de l'œil, modifient sa forme et font changer les proportions de ses axes ; elles déplacent aussi les organes renfermés dans le globe oculaire. Le cristallin est, de toutes les parties contenues dans l'œil, celle qui reçoit les impulsions les plus variées.

On est généralement d'accord sur le déplacement de la lentille, lorsque les axes subissent des variations ; cependant, l'explication de ce phénomène paraissait être très-difficile à donner à cause de l'existence des humeurs des chambres de l'œil ; ces liquides se présentaient sans cesse comme des obstacles à ces déplacements lenticulaires. Des recherches anatomiques plus précises ont fait découvrir des canaux qui reçoivent ces liquides pendant les mouvements de la lentille, et l'on a pu ainsi expliquer le mécanisme de ce phénomène.

Il existe de petits réservoirs qui entourent le cristallin ; Jacobson, de Copenhague, les a nommés péri-lenticulaires. Ils servent de diverticulum ; les liquides des chambres de l'œil refluent dans ces canaux ainsi que dans le canal de Petit, en plus ou moins grande quantité, selon que le cristallin doit être déplacé à une distance plus ou moins grande.

Cette structure du canal et des réservoirs péri-lenticulaires est surtout remarquable dans l'œil des chats.

Ce déplacement du cristallin est passif, et la puissance qui le meut agit en dehors du globe de l'œil. Lorsque l'on veut regarder un objet, un ou plusieurs muscles droits se contractent pour diriger l'œil vers le point qui doit être vu, les muscles obliques agissent sur la sphère oculaire, et, en se contractant, ils allongent ou ils diminuent l'axe de l'œil ; pendant le mouvement, les liquides comprimés par les parois de l'œil doivent refluer dans les réservoirs péri-lenticulaires, et le cristallin n'étant plus soutenu par la même quantité de liquide, obéit sans résistance à l'impulsion qui lui est donnée par les muscles obliques.

Ce n'est donc pas le processus ciliaire, comme l'a cru Jacobson, qui est l'agent de cette fonction. Un mouvement ne peut être produit que par la fibre musculaire, et la structure du processus ne contient aucune trace de cette fibre ; en d'autres termes, ce n'est pas un tissu contractile.

La démonstration anatomique de ces réservoirs ne peut laisser aucun doute sur le déplacement des liquides ni sur les organes qui en sont la cause immédiate.

Les moteurs principaux de ces mouvements ont entre eux des relations au moyen des nerfs qui les animent, ils peuvent fonctionner seuls, ils peuvent associer leur puissance et réagir sur d'autres organes.

Ainsi, le nerf oculo-moteur donne des nerfs au muscle droit supérieur, à l'inférieur, à l'interne, et il donne aussi la courte racine du ganglion ophthalmique. Ces muscles sont donc pour ainsi dire solidaires les uns des autres, c'est ce qui explique pourquoi deux ou trois muscles participent légèrement à une affection très développée dans un autre muscle. Par exemple, si le droit interne est fortement contracté par une altération spasmodique, cette influence morbide se fait sentir dans le muscle droit supérieur ou dans le muscle droit inférieur, et alors l'œil, au lieu d'être directement porté en dedans, est tiré, soit en dedans et en haut, soit en dedans et en bas, selon que la maladie siége sur l'un ou l'autre de ces deux muscles.

Les muscles peuvent encore fonctionner isolément, c'est-à-dire que les muscles droits internes du côté droit et du côté gauche peuvent agir ensemble sous l'empire de la volonté, de même les deux muscles supérieurs, les deux inférieurs : les deux externes constituent une exception à cette règle; jamais la volonté ne peut contracter simultanément les deux muscles droits externes, jamais on ne peut volontairement loucher en dehors. Nous avons vu plus haut que ces mouvements externes avaient du retentissement dans l'intérieur de l'œil, et que le cristallin et l'iris subissaient leur influence.

Cette contraction musculaire en dehors de l'œil est transmise au ganglion ophthalmique par continuité de tissus, c'est-à-dire par la courte racine de ce ganglion, qui appartient au nerf oculo-moteur, le ganglion le transmet à la rétine par le nerf central de cet organe, et par cet intermédiaire, il peut suspendre plus ou moins fortement la sensibilité de cette membrane.

Cette sensibilité, émoussée dans la rétine, a fait commettre des erreurs à un assez grand nombre de chirurgiens ; ils ont confondu la vue faible, la vue incertaine, avec la myopie : et ils ont coupé inutilement le muscle grand oblique pour remédier à une difformité qui n'existait pas.

Les contractions musculaires qui changent les rapports des parties internes de l'œil, déforment aussi les bords libres des paupières ; ils sont rapprochés dans l'angle interne, quelquefois leur écartement est très-petit, et l'œil paraît être plus petit que celui du côté opposé. Cette

légère difformité est produite par la gaîne aponévrotique qui vient s'attacher au cartilage tarse; elle suit les mouvements du muscle contracté, et elle entraîne la paupière inférieure, qui conserve ensuite une position anormale.

Ch. Phillips.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE SUR UNE NOUVELLE PRÉPARATION DU SIROP DE BAUME DE TOLU, PAR M. LOURADOUR.

Bien que la préparation du sirop de Tolu, telle qu'elle est indiquée par les auteurs, semble, par sa simplicité, ne pas être susceptible de grandes améliorations, et qu'elle remplisse assez exactement le but que se propose le pharmacien; il n'a cependant pas paru sans quelque utilité, à M. Louradour, de publier la modification suivante:

Le procédé du *Codex*, qui prescrit l'emploi d'une forte quantité de baume (125 grammes) pour une proportionnellement faible de sucre et d'eau (sucre, 1000; eau, 500), a le double désavantage d'être long et très-dispendieux, lorsqu'on veut le mettre à exécution tel qu'il est indiqué. Tous les pharmacologistes se sont accordés à trouver la proportion du baume beaucoup trop élevée pour celle du véhicule, à tel point, même que, sans rien changer au reste de l'opération, un pharmacien très-distingué a assuré obtenir des résultats satisfaisants en la diminuant de moitié.

M. Planche, dans le but de réduire encore la proportion du baume de Tolu, en évitant la perte qu'entraîneraient nécessairement les procédés ci-dessus, crut pouvoir, avec avantage, se servir de l'alcool; il mettait une quantité déterminée de teinture alcoolique saturée de baume de Tolu en contact avec l'eau pure; il filtrait, puis ajoutait l'eau balsamique à une égale quantité en poids de sucre blanc, cuit à la grande plume; il faisait bouillir pour chasser l'alcool, et laissait reposer dans un vase couvert. Ce procédé a, sans contredit, l'avantage de diminuer la quantité de baume employée; mais, outre que l'on ne peut jamais, en le suivant, être positivement sûr de la quantité de baume mise en usage, on est obligé de mélanger à l'eau une proportion considérable de teinture, partant, de faire bouillir longtemps le sirop pour le débarrasser de tout l'alcool qu'il renferme. Cette ébullition prolongée fait nécessairement perdre au sirop une notable partie de l'arome que lui a communiqué la teinture.

C'est au procédé de M. Planche que M. Louradour a fait subir la modification suivante :

Prenez :	Baume de Tolu.	90	grammes.
	Alcool à 33°.	100	—
	Eau commune.	1000	—
	Sucre blanc.	2000	—

Le sucre étant réduit en poudre grossière, on fait dissoudre à chaud le baume dans l'alcool, et l'on verse la liqueur bouillante sur le sucre que l'on agite avec une spatule, afin de l'humecter dans toutes ses parties, puis on l'abandonne à lui-même, pendant dix-huit ou vingt-quatre heures, dans une terrine recouverte d'une gaze fine, en ayant soin toutefois de remuer le mélange de temps en temps, dans le but de favoriser la volatilisation de l'alcool. Au bout de ce temps, le sucre est parfaitement sec, d'une couleur rose pâle, et conserve au plus haut degré l'odeur aromatique du baume ; on introduit alors le sucre et l'eau dans un ballon de verre, dont on ferme légèrement l'ouverture en la coiffant d'un simple papier, et l'on fait dissoudre au bain-marie à une douce chaleur, en agitant le mélange jusqu'à ce que la dissolution soit complète. On laisse refroidir lentement, on filtre au papier, et l'on obtient un sirop parfaitement transparent, très-aromatique et fort agréable.

M. Louradour croit avoir reconnu à ce procédé plusieurs avantages :

1° Sur celui du *Codex*, d'abord, en ce qu'il emploie une quantité de baume de près de deux tiers moins forte, sans que le sirop ainsi préparé soit pour cela moins chargé de principes aromatiques, puisqu'il dissout dans l'alcool une quantité de ces principes plus considérable que ne le peut faire l'eau simple.

2° Tandis que M. Planche se sert de la teinture alcoolique saturée, et ne peut, par conséquent, toujours obtenir des résultats absolument identiques, il emploie, dans sa formule, un poids connu et déterminé de baume de Tolu ; de plus, pour la même quantité de sirop, la proportion d'alcool est, par son procédé, diminuée d'un quart au moins, bien que celle de baume employée soit supérieure à celle dont se servait M. Planche, ce qui tient à ce que le baume de Tolu est plus soluble dans l'alcool à chaud qu'à froid.

3° Le mode d'élimination qu'il a adopté pour l'alcool lui paraît également préférable. Le sucre présentant une large surface qui rend plus facile et plus rapide l'évaporation de l'alcool, on est dispensé de recourir à l'ébullition prolongée à laquelle on était obligé de soumettre le sirop pour en chasser toute la partie spiritueuse, ébullition qui devait

nécessairement priver le sirop d'une partie des principes aromatiques qui constituent exclusivement ses propriétés.

4° Enfin, la manipulation lui semble être réduite au maximum de simplicité.

NOTE SUR LES PILULES FERRUGINEUSES DE BLAUD, PAR M. FÉLIX BOUDET.

M. Simonin de Nancy a proposé, pour la préparation des pilules de Blaud, le procédé suivant, qui offre, dit-il, le double mérite d'être d'une exécution prompte et facile, et de fournir des pilules qui se conservent sans altération.

Prenez : Proto-sulfate de fer de Berthemot. . . } ãã partie égale.
Sous-carbonate de potasse pur. . . . }

Réduisez séparément les deux substances en poudre fine, mêlez-les exactement en les triturant ensemble jusqu'à ce qu'elles commencent à se liquéfier ; ajoutez alors : miel despumé, Q. S. pour donner au mélange une liquidité complète ; chauffez ensuite la masse sur un feu très-doux, jusqu'à ce qu'elle ait acquis la consistance pilulaire.

J'ai répété ce procédé en employant :

Sulfate de fer pur et cristallisé. . .	100	grammes.
Sous-carbonate de potasse pur. . .	100	—
Miel blanc.	50	—

et j'ai obtenu 130 grammes d'une masse d'un vert foncé, ductile, et très-facile à rouler en pilules, comme M. Simonin l'avait annoncé.

L'addition du miel aux éléments des pilules de Blaud, les défend contre l'oxydation dont il importe surtout de les garantir, et donne nécessairement à leur composition une stabilité qu'il était regrettable de ne pas trouver dans un agent thérapeutique aussi précieux. C'est une innovation heureuse sans doute, mais la manière d'opérer adoptée par M. Simonin est-elle tout à fait satisfaisante, et ne doit-on pas craindre que l'action du calorique, qu'il est si difficile d'ailleurs de régler exactement, quand on agit à feu nu sur un mélange d'une grande consistance, ne modifie la nature d'une préparation que son auteur a toujours fait exécuter à la température ordinaire ?

Cette considération me détermine à proposer le procédé suivant, qui est très-simple, et a l'avantage de conserver le médicament du docteur Blaud dans toute son intégrité, en lui assurant une stabilité de composition qui lui manquait essentiellement.

Prenez : Sulfate de fer pur et cristallisé. . . 16 grammes.

Pulvérisez, faites sécher à l'étuve à la température de 30 à 40°, et triturez de nouveau jusqu'à ce que le sel soit réduit en poudre fine.

Prenez, d'autre part :

Sous-carbonate de potasse sec et pulvérisé. 16 grammes.

Mêlez intimement les deux poudres, et ajoutez : miel, 12 grammes environ, ou mieux, Q. S. pour former une masse molle d'abord, mais qui ne tardera pas à se durcir et que vous diviserez en quatre-vingt-seize pilules.

Les deux sels desséchés se mêlent sans que leur blancheur soit altérée ; mais dès qu'on ajoute le miel, la réaction s'opère rapidement entre eux et le mélange prend une belle couleur verte.

La dessiccation du sulfate de fer à la température de l'étuve lui a enlevé, dans les deux expériences que j'ai faites, 20 p. 100 d'eau de cristallisation. Cette dessiccation ne nuit en aucune manière à sa décomposition par le carbonate alcalin, sous l'influence du miel, car je me suis assuré que cette décomposition s'effectuait très-bien encore lorsqu'on employait du sulfate de fer desséché au-dessus de 100°, et réduit ainsi aux deux tiers au moins de son poids.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

REMARQUES PRATIQUES SUR L'OPÉRATION DU STRABISME.

La préoccupation du monde médical, pour l'opération du strabisme, semble avoir fait négliger plusieurs circonstances importantes de son histoire ; il nous revient que quelques récidives ont eu lieu ; quelles en sont les causes et quels moyens possède l'art pour prévenir ces fâcheux résultats ? C'est là un problème plein d'intérêt, dont la solution ne saurait être plus opportune qu'à cette heure, où le nombre des louches se montre dans une proportion considérable.

Ces considérations m'ont frappé pendant le voyage que je viens de faire à Paris pour étudier le mouvement scientifique de notre époque. J'ai été étonné qu'aucun strabotomiste n'embrassât les questions sous ce point de vue ; on peut même dire qu'elle est restée étrangère à la plupart des publications faites sur ce sujet, et cependant c'est là, ce me semble, un point fondamental. On a surtout considéré l'opération en elle-même, mais, il faut bien l'avouer, la myotomie oculaire n'est qu'une partie du problème ; il reste à étudier les causes des insuccès *primitifs* et des insuccès *consécutifs*. Sous ce rapport, j'ai réellement

été favorisé par les circonstances ; pendant mon séjour à Paris, c'est-à-dire en décembre 1840 et janvier 1841, on a opéré environ trois cents louches des deux sexes et de tout âge ; j'ai assisté à un très-grand nombre de ces cas, et cette étude m'a occupé pendant tout le temps que j'ai suivi ou aidé dans leurs opérations, MM. Amussat, Baudens, Lucien Boyer, Jules Guérin, Phillips, Velpeau, etc. Non-seulement j'avais pour but de comparer les opérateurs et leurs opérations, mais encore je poursuivais cette double recherche d'étiologie ; j'ai, à cet égard, tiré quelques lumières de divers médecins et étudiants en médecine, qui ont subi la section des muscles de l'œil ; je me suis éclairé aussi par quelques investigations de pathologie comparée, en ayant soin de faire et de suivre à Paris, avec MM. Amussat et Lucien Boyer, diverses expériences sur les animaux vivants, que j'ai reprises et continuées à l'école vétérinaire de Lyon. J'ai recueilli ainsi un ensemble de faits et d'observations dont les corollaires m'ont permis d'élucider les éléments du problème que je me posais en commençant.

Les insuccès *primitifs* m'ont paru dépendre de deux ordres de causes, et d'abord, il faut reconnaître que le procédé opératoire y entre pour moitié ; non-seulement on doit couper intérieurement le muscle, mais il est nécessaire aussi de diviser sa gaîne ainsi que les brides cellulo-fibreuses qui se rencontrent parfois au-dessus, spécialement dans la déviation interne, avec rotations légères en haut ; l'opération étant imparfaite, le résultat ne saurait être complet ; il peut même arriver que l'œil strabique se redresse au moment de la myotomie, sans que la division soit entière ; mais alors, observez-le quelques minutes plus tard, et le retour plus ou moins prononcé du strabisme viendra à la fois vous avertir de l'imperfection de la manœuvre et vous montrer dans quel lieu persistent encore quelques brides ; l'émission de ce précepte explique très-bien ces récidives, qui ont lieu le lendemain ou le surlendemain de la ténotomie ; il n'est pas étonnant que le mal soit revenu, il n'avait réellement pas été guéri.

Une autre circonstance, fort utile à noter, est relative aux contre-indications ; aussi il importe, surtout en pratique, de distinguer le strabisme convergent, qui se lie à la contracture du muscle droit interne, de celui qui tient à la paralysie du droit externe ; il n'est pas étonnant que MM. Dumont et Beydeler, de Gand, aient vu, dans ce cas, l'opération sans résultat ; cela devait être ; on ne guérit pas la paralysie d'un muscle par la section de son antagoniste.

Un moyen simple de s'assurer de l'intégrité du muscle droit externe, c'est de fermer l'œil sain avec un bandeau et de prescrire au malade de mouvoir l'autre ; on sera frappé des mouvements qu'il exécute seul, pendant qu'il restait immobile en présence de son congénère.

S'agit-il du strabisme divergent? je rappellerai qu'il y a à faire les mêmes distinctions. Il y a trois ans que j'ai montré, dans les *Annales d'oculistique*, l'influence particulière de la paralysie du nerf oculo-moteur commun sur cette variété, et j'en ai en même temps indiqué le traitement (*Ann. d'ocul.*, t. I, 1838, n°s 1 et 2). Depuis cette époque, j'en ai rencontré plusieurs exemples que j'ai été assez heureux pour guérir sans opération; j'en ai vu récemment un nouveau cas, sur lequel un praticien malhabile parlait de pratiquer la strabotomie.

On ne saurait insister trop sur ces distinctions fondamentales.

Le procédé opératoire a également fixé mon attention; voici celui auquel m'a conduit la comparaison souvent répétée des manœuvres et des instruments employés par les chirurgiens précités. J'ai procédé par éclectisme.

J'ai fait un choix de ce qui m'a paru le mieux, et j'ai fait confectionner une boîte qui a l'avantage de permettre l'exécution de toutes les méthodes jusqu'ici connues, y compris la *ponction sous conjonctivale* de M. Jules Guérin. Je n'ai rien ajouté à cette dernière; voici les modifications que j'ai cru devoir apporter à la méthode ordinaire.

Je fais coucher d'ordinaire le malade horizontalement sur le dos; cette position est plus fixe, plus sûre, et m'a paru bien préférable toutes les fois qu'on a affaire à des personnes indociles ou pusillanimes; je masque l'œil sain avec un bandeau, j'écarte les paupières avec l'élévateur de Pellier et un abaisseur à trois branches; l'organe se trouve à découvert; je saisis la conjonctive avec une érigne fine à deux branches, et je maintiens l'œil en le luxant en sens inverse de la déviation pour fixer dans le *lien d'élection* une pince à dents de souris et à agrafe. L'érigne est enlevée, la traction fait saillir une corde transversale qui dessine le trajet du muscle, et, sur cette ligne, je place une deuxième pince à agrafes; je divise entre elles la conjonctive avec un bistouri convexe, de façon à découvrir le faisceau musculaire qui apparaît au fond de la plaie après la division de sa gaîne; je passe un crochet mousse qui charge le muscle comme une anse, et je le coupe près du tendon avec des ciseaux ophthalmiques courbés sur le plat. Une dernière exploration m'assure que la section est complète et qu'il ne reste aucune bride; la sclérotique apparaît à nu. Les trois temps de l'opération sont ainsi plus sûrs, plus simples, plus rapides et à l'abri de tout accident. J'ai plusieurs fois mis ce procédé en usage avec le plus heureux succès, en présence d'un grand nombre de médecins de Lyon.

Les insuccès *consécutifs* se rattachent à deux ordres de causes. J'ai dit que la myotomie oculaire ne constitue qu'une partie du problème; la formule pratique, comme la formule scientifique, est complexe. Non-

seulement l'œil est dévié, mais en général la vision est altérée; il faut donc agir à la fois sur le mouvement et sur le sentiment.

Le résultat immédiat de la strabotomie est le redressement instantané de l'œil. Un phénomène qui a lieu de surprendre, c'est la mobilité dont il continue à jouir, même du côté de la section, phénomène constant sur les louches que j'ai opérés à Lyon, comme sur ceux que j'ai observés à Paris. L'explication de ce fait m'entraînerait trop loin, et je dois l'abandonner ici. La myotomie, je l'ai dit, ne termine point la cure; il faut d'abord préserver l'œil de l'ophthalmie traumatique; la prophylaxie s'obtient avec des lotions d'eau froide, des pédiluves synapisés et un régime approprié.

Il y a plus : il existait une déviation oculaire, il s'agit d'en prévenir le retour, et, dans ce but, il est urgent de recourir aux moyens orthophthalmiques; et en effet, dans le pied-bot, par exemple, on ne se borne point à la division du tendon d'achille; c'est là une manœuvre préparatoire très-efficace sans doute, mais qui resterait impuissante si elle était seule; aussi, a-t-on recours de suite à l'emploi simultané des machines orthopédiques. Il en est de même pour l'œil qui louche. J'ai remarqué, dans mes expériences sur les animaux, que le travail de cicatrisation, qui fixe le muscle coupé au bulbe oculaire, est très-rapide et s'effectue en quelques jours; il faut donc, le plus tôt possible, mettre l'opéré à l'usage des lunettes orthophthalmiques afin de tourner l'œil en sens inverse de la déviation, et de maintenir le moignon musculaire dans un point où ses adhérences produisent un allongement suffisant. Le strabisme est-il convergent et unique? l'opéré portera des lunettes dont le verre, correspondant à l'œil sain, sera complétement terni, tandis que celui du côté opposé ne le sera que dans sa moitié ou ses deux tiers internes. Le strabisme convergent est-il double? les deux moitiés internes des verres seront ternies; ce sera le contraire s'il est divergent.

Mais, non-seulement l'œil est dévié, il est encore troublé dans ses fonctions, la vue en est altérée; tantôt il y a diplopie, tantôt il y a myopie, et quelquefois amblyopie. Ce sont là autant de désordres auxquels il est urgent de porter remède. La gymnastique oculaire est ici un complément nécessaire de la strabotomie. Les lunettes orthophthalmiques doivent avoir pour but, à la fois, de redresser l'organe et de le fortifier; c'est en quelque sorte une éducation nouvelle que l'œil ou les yeux louches ont à faire, c'est un point qu'il ne faut pas négliger, sous peine de voir ces troubles fonctionnels devenir plus tard la cause de la récidive. Il ne suffit point d'opérer le malade et de le renvoyer en lui disant : « Vous êtes guéri. » Il faut surveiller sa convalescence, et la cure ne peut être assurée que lorsqu'on satisfait à ces deux indi-

cations, qui sont, je dois le dire, la source principale des insuccès *consécutifs* qui ont eu et qui auront lieu. Le principe étant connu, la formule pratique découlera d'elle-même. Dans la classe indigente, celle précisément où le nombre des strabistes est le plus considérable, le défaut de temps, de soin ou d'argent, ne permet pas toujours d'employer les lunettes orthophthalmiques. Voici le procédé par lequel j'ai cherché à y suppléer : l'indication est d'exercer l'organe et de le fortifier ; dans ce but, trois fois par jour je fais masquer le côté sain avec un bandeau, et l'œil opéré se trouve ainsi dans des conditions favorables au rétablissement de sa motilité et de sa sensibilité. Il est obligé de se mouvoir dans tous les sens, et en même temps qu'il y a progrès dans le mouvement, il s'en fait aussi dans la vision. La durée de cet exercice doit varier suivant les cas, c'est à la sagacité du praticien à en régler l'emploi et la mesure. Ce qu'il importait surtout ici d'établir d'une manière méthodique, c'étaient les causes des insuccès *primitifs* et *consécutifs*, et l'ensemble raisonné des moyens que nous avons pour y porter remède. C'est là la lacune que je me suis efforcé de remplir, c'est un point sur lequel j'appelle l'attention des opérateurs.

Petrequin,
chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

LA TERREUR NE PEUT PRODUIRE LA RAGE.

Il est une chose bien fâcheuse en médecine, c'est que l'on remette sans cesse en question ce qui est consacré par des siècles d'expérience. On a, depuis le commencement de celui dans lequel nous vivons, nié successivement l'existence de presque tous les virus. Un de ceux qu'on avait le plus respecté est maintenant attaqué avec la plus grande vigueur par un médecin qui jouit dans son pays d'une belle et bonne réputation. Je ne lui conteste aucun de ses mérites ; mais, par cela même, je m'élèverai avec plus de force pour soutenir la contagion de la rage ; la doctrine de M. Bellenger serait trop pernicieuse.

J'ai été malheureusement à même, dans le cours d'une longue pratique, de voir plusieurs cas de rage par morsure, devenus tous mortels, hors ceux où l'on a pu avoir recours à une profonde cautérisation avec le fer rouge. J'en ai vu d'autres où des personnes mordues par un animal enragé, ou réputé tel, ont guéri après avoir mangé l'omelette aux coquilles d'huître si célèbre dans nos contrées ; j'en ai vu, enfin, d'autres qui sont morts après avoir pris ce prétendu remède. Quant à ces derniers, ils n'ont pas été victimes de l'exaltation de leur imagination, car

le peuple accorde à cette omelette une vertu prodigieuse, et tous les cas de guérison lui sont attribués presque religieusement.

Je vais citer un cas qui prouvera que, si une imagination faible, épouvantée, peut donner lieu au développement de tous les symptômes de la rage, l'affection, dans ce cas, ne saurait être mortelle; il lui manque en effet le principe matériel délétère: il n'y a pas eu inoculation du virus rabique.

Le **25** juin **1821**, je fus appelé par le maire de Belcastel, distant de Lavaur de deux petites lieues, pour y visiter une femme qu'on y retenait enfermée, après l'avoir arrêtée, non sans peine, au moment où elle courait les champs, menaçant de se jeter sur les gens qu'elle rencontrait pour les mordre et les déchirer. Je la trouvai, à mon arrivée, dans l'état suivant : elle était enfermée dans une mauvaise grange sans toiture, assise à terre, les yeux baissés, grattant le sol de ses deux mains, gémissant tout bas, et ayant les lèvres inondées d'écume; elle paraissait âgée de trente à trente-cinq ans. Je m'approchai d'elle, seul, aucun des assistants n'osant le faire, pas même les gendarmes, et l'interrogeai; elle me répondit, assez imparfaitement, qu'elle ne sentait aucun mal et n'avait ni faim ni soif. Je lui proposai de boire, elle refusa avec un signe de répugnance. Un de ses voisins observa alors qu'elle s'était plainte le matin même d'une douleur au-devant du cou. Ayant fait apporter un verre d'eau, elle le repoussa avec un cri d'horreur; j'insistai, elle en mit une petite gorgée dans sa bouche, qu'elle rejeta de suite; dix minutes plus tard, sur de nouvelles instances de ma part, elle me fixa d'un regard irrité, et me dit : « Vous êtes bien heureux que je sois si faible. — Pourquoi? — Parce que, si ce n'était cela, je me jetterais sur vous et vous mangerais. »

Voyant mes efforts inutiles pour obtenir de cette malheureuse quelque réponse raisonnable à mes investigations, je pris un air d'autorité pour l'engager à se contenir; et, après l'avoir visitée aux bras, aux jambes et à la figure, sans trouver la marque d'aucune blessure, je la quittai pour parler à son mari qui arrivait en ce moment.

Voici le rapport de cet homme. « Le samedi, **2** de ce mois, me trouvant au marché de Lavaur, et ma femme étant seule à la maison, un chien étranger, poursuivi de loin par plusieurs hommes, passa devant notre porte et mordit notre chienne de garde jusqu'au sang. Cet animal rentra dans la salle basse où se tenait ma femme, et, voyant sur notre table une miche de pain entamée, il fit des tentatives pour s'en emparer et la flaira. Ma femme la lui poussa plus loin et la chassa; au bout de quelques instants, elle coupa elle-même un morceau de ce pain et le mangea; elle en était encore occupée quand les hommes qui étaient

à la poursuite du chien vagabond arrivèrent, et lui demandèrent des renseignements sur le chemin qu'il avait pris.

» Le lendemain matin, continua le mari, elle m'avoua avoir un grand chagrin d'avoir mangé de ce pain, et me conta ce qui s'était passé. J'en pris alors un morceau moi-même, et le jetai à notre chienne; elle le refusa, je la tuai sur-le-champ.

» Depuis ce moment, ma femme n'est plus la même, son esprit s'est tourné; et, vous le savez bien, ajouta-t-il, puisque, huit jours après, je vous fis appeler et vous la trouvâtes dans son lit, où vous ne pûtes rien obtenir d'elle. Vous lui ordonnâtes une potion qui lui fit quelque bien, et elle devint plus tranquille; du reste, j'eus grand tort de ne pas vous dire les choses alors. Ce matin, elle est sortie après avoir fait notre *milhas*, sans rien témoigner de particulier, et s'est mise à courir les champs en colère, me menaçant, ainsi que d'autres personnes, de se jeter sur nous pour nous mordre. Un seul de nos voisins a eu sur elle assez d'autorité pour l'attirer dans le lieu où elle se trouve actuellement. »

La narration finie, je revins vers la femme, et, après quelques nouvelles tentatives de conversation, aussi vaines que les précédentes, je la fis placer sur une charrette à bœufs et conduire à la ville. Elle ne fit pas, pendant la route qui dura plus de deux heures, de grands efforts pour sa délivrance, mais elle trempa d'une bave abondante la paille sur laquelle appuyait sa tête. Arrivée à l'hospice, on lui offrit à boire et à manger, ce qu'elle accepta sans difficulté; on la coucha ensuite, et elle dormit bien. Après deux fois vingt-quatre heures de séjour à l'hôpital, où elle ne donna plus aucun signe d'égarement d'esprit, on la renvoya chez elle, où elle retourna à pied et fort contente.

Durant les chaleurs de juillet, elle éprouva quelques attaques de spasme, et je fus appelé une fois auprès d'elle; mais je ne retrouvai plus le moindre signe d'hydrophobie, et quelques bains tempérés suffirent pour l'établir dans le bon état de santé où elle s'est maintenue depuis.

Je viens d'offrir, par cet exemple assez curieux je crois, le tableau d'une névrose présentant les principaux symptômes, non-seulement de l'hydrophobie, mais de la rage même. La malade passa dans la tristesse et la langueur le temps qu'exige, pour son incubation, la rage contractée par inoculation du virus rabique. Et qu'on ne pense pas que l'absence d'une morsure fût suffisante pour diminuer le moins du monde ses terreurs, parce que, selon les gens du peuple, chez nous, le virus se communique par l'haleine de l'animal aussi dangereusement que par des morsures, et elle redoutait que le pain qu'elle avait mangé ne fût empoisonné par la respiration et peut-être par la bave de son propre chien qui venait d'être mordu.

De ce qui précède, je crois pouvoir inférer que la peur seule de la rage ne produit pas la rage confirmée, et, par suite, la mort presque inévitable qui la termine.

RIVALS, D.-M.,
à Lavaur (Tarn).

UN MOT SUR LA FIÈVRE VARIOLEUSE SANS ÉRUPTION.

La variole s'est manifestée au mois de mars, juin et août, sur différents points du canton de Saint-Gaudens, département de la Haute-Garonne. Elle a régné sous forme sporadique dans les communes de Saint-Marcet et Saint-Gaudens; elle a été épidémique dans les communes de la Barthe-Inard et de l'Espitan. Si un plus grand nombre n'en ont pas été attaqués, on le doit, à ne pas en douter un instant, à la propagation de la vaccine.

La varicelle a également régné en même temps que la petite vérole, dans toutes les communes où cette dernière s'est manifestée, particulièrement dans les habitations où il se trouvait y avoir quelque varioleux. Beaucoup d'individus en ont été atteints. Un plus grand nombre ont éprouvé, pendant l'épidémie varioleuse, une espèce de fièvre continue à caractère inflammatoire, dont la durée était au moins de quatre jours, ayant la plus grande analogie avec les symptômes précurseurs de l'éruption de la petite vérole; cette fièvre disparaissait le plus communément par le simple usage de quelques légers antiphlogistiques et le régime, et ne déterminait jamais ni boutons ni pustules sur les individus qui avaient *été vaccinés*.

La nature de cette fièvre prouve pour moi, jusqu'à la dernière évidence, que le virus-vaccin neutralise, ou mieux, affaiblit le virus variolique, le met dans l'impossibilité de se développer et de former des boutons ou pustules, mais ne met pas à l'abri les sujets vaccinés de la fièvre épidémique varioleuse, à moins qu'ils ne l'aient déjà éprouvée une première fois.

Il me serait très-facile d'établir, par une infinité d'exemples, l'évidence incontestable du fait remarquable que je signale après tant d'illustres observateurs; à savoir, que le principe de la fièvre varioleuse proprement dite ne se détruit que par l'effet de cette même fièvre, et que le virus-vaccin ne porte son action que sur le principe constitutif du développement des boutons ou pustules, mais non sur la fièvre essentielle, puisque généralement les individus vaccinés ne sont pas exempts de cette fièvre s'ils se trouvent sous son influence.

Je me bornerai à citer les deux cas suivants : Le nommé Dupin,

cultivateur à la Barthe-Inard, avait sept enfants : tous avaient été vaccinés. Le virus-vaccin avait très-bien réussi sur six ; le septième, petite fille âgée de dix ans, avait été vaccinée plusieurs fois, et jamais le virus-vaccin n'avait pu prendre. En mars dernier, cette enfant fut prise de la variole confluente, et fut défigurée. Deux enfants de la même famille eurent la varicelle, et les quatre autres une fièvre inflammatoire continue pendant quatre jours, laquelle présenta tous les symptômes précurseurs de la variole. Chez aucun des quatre il n'y eut ni boutons ni pustules ; ils guérirent en peu de jours, au moyen de quelques légers antiphlogistiques et du régime.

Madame veuve Conté a cinq enfants. J'avais vacciné les quatre premiers, et le virus-vaccin avait très-bien réussi sur tous. Elle me fit appeler pour vacciner son cinquième enfant en bas âge. Cette opération ne put être pratiquée faute de virus-vaccin. A quelques jours de là, cet enfant fut pris de la petite vérole et défiguré. Les quatre autres frères tombèrent malades successivement, et cela pendant que la variole du plus jeune marchait. Ils présentèrent tous pendant quatre jours, tous les symptômes précurseurs de la petite vérole, mais aucun n'eut ni boutons ni pustules ; ils guérirent sans accident par le régime et de légers antiphlogistiques.

DECAP, D.-M.,
A Saint-Gaudens (Haute-Garonne.)

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA MYOTOMIE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DU STRABISME[1],

Par F. CUNIER, médecin oculiste, rédacteur des Annales d'oculistique, etc.

Je disais il y a quelques mois (15 août 1840), en publiant un article sur le strabisme, qui a été inséré dans ce journal, que la hâte d'arriver le premier était telle que l'on ne tenait aucun compte des travaux des devanciers et des contemporains, mais j'étais loin de prévoir que les choses seraient poussées au point de convertir une des plus brillantes découvertes de la chirurgie moderne en une course au clocher, véritable steeple-chase au strabisme, dont l'avidité et le charlatanisme ont été les jockeys. Comme maître Fontanarose dans l'opéra du *Philtre*, il est des opérateurs qui n'ont pas en assez des trompettes et des cymbales, ils ont même demandé en aide le modeste tambour de la commune.

[1] Paris, 1841 ; Cousin, éditeur, rue Jacob, 25.

D'autres, à peine sortis de dessus les bancs de l'école, se sont fait proclamer illustres, écrasés qu'ils étaient sous l'homonymie d'un nom chirurgical célèbre et vénéré ! Mais ce n'est pas trop mal par le temps qui court, l'honnête Viesecké ne leur devra plus rien. Les autres, nouveaux banquiers scientifiques, offrent modestement leur endos à l'opération du strabisme : à les entendre, ne dirait-on pas qu'ils étaient les premiers, et que sans eux l'opération était protestée, rejetée, qui sait, assignée, condamnée enfin. Toutes ces réflexions me sont suggérées en lisant le travail que vient de publier, il y a quelques mois, M. Florent Cunier, dans son journal d'oculistique, et qu'il a publié ensuite en un volume ayant pour titre : *Myotomie appliquée au traitement du strabisme.*

On a laissé passer ce travail inaperçu, comme si on l'avait ignoré ; cela se conçoit, M. Cunier a publié un travail consciencieux sur la matière, et, j'ose le dire, le plus complet de tous ceux qui ont paru. D'où vient ce silence, ce courroux ? Hélas ! il croit comme beaucoup d'autres, et comme moi en particulier, que tous les strabismes ne sont pas guérissables par l'opération, qu'il faut bien faire son choix ; il a la bonne foi de contester quelques succès, d'avouer ses insuccès, et de ne pas dire *toujours*, mot sacramentel de certains opérateurs ; aussi, ne lui pardonnera-t-on jamais. Déjà M. Dieffenbach l'assure de son mépris ; la phrase est dure, qui plus est, insolente. Si j'étais M. Cunier, il me semble que je tiendrais à l'entendre répéter à moi-même par M. le chirurgien de Berlin ! J'ai été peiné de voir un journal aussi sérieux que la *Gazette médicale* se faire l'écho d'une semblable missive, surtout quand l'auteur de la brochure, qui sert de motif à cette philippique de mauvais goût, a été parfait pour le rédacteur en che dans toutes ses publications. — Assez là-dessus. — Pensons au travail de M. Cunier, et tâchons de mettre nos lecteurs à même de le consoler de ces petites tracasseries, si communs aux hommes de notre profession qui veulent travailler dans l'intérêt de la science et de la vérité.

L'auteur débute par quelques considérations historiques d'après lesquelles il consterait que M. le docteur Baschieri, de Bologne, aurait assuré à M. Cunier, pendant son séjour à Montpellier en 1837, qu'un médecin italien avait depuis longtemps proposé, sous forme spéculative, de couper le muscle rétracté pour guérir le strabisme ; il engagea même M. Cunier à tenter ce moyen sur une de ses parentes affectée d'un strabisme très-prononcé.

Tout en renonçant à la priorité pour mon compte, faute de n'avoir pas pris mes mesures, il faut cependant rappeler quelques essais que j'ai

tentés il y a au moins six ans, et je réunis les preuves à cet effet pour les soumettre à l'Académie royale de médecine.

Le père réel du strabisme est donc celui qui a parlé le premier de son premier né, en vertu de l'article du code romain, qui dit: *Pater ille est, quem certæ nuptiæ demonstrant.* Ne croyez pas que, malgré cela, la paternité soit certaine encore! Pour mettre d'accord les pères, j'admettrai un grand-père allemand, M. Stromeyer, pour le projet; un père belge pour l'exécution première, M. Cunier: un père allemand, M. Dieffenbach, et un père français, M. Guérin; trois pères qui entendent difficilement raison, et auxquels on fera le partage de Salomon, une découverte contestée, coupée en trois, en vertu du proverbe *omne trinum est perfectum!*

M. Cunier rapporte ensuite les premiers cas de guérison obtenus en Allemagne par Dieffenbach, et enfin ceux qui lui sont propres.

Mais une question importante s'est présentée d'elle-même à l'auteur du travail que nous analysons: l'opération est-elle applicable à tous les cas de strabisme?

Pour répondre convenablement, il fallait examiner avec soin les différentes causes qui produisent le strabisme; se demander si, comme l'a dit Pravas, et, avant lui, Staub, l'inégalité de force dans les deux yeux pourrait produire le strabisme; savoir s'il y a toujours rétraction, ou seulement contraction tétanique ou épileptiforme. M. Cunier a étudié ces diverses causes, et il en est venu à formuler la proposition suivante: savoir, qu'il ne faut opérer que les strabismes dus à l'excès d'action ou au manque de longueur du muscle dans la direction duquel existe la déviation.

Cette proposition est exacte pour le plus grand nombre des cas; j'y ai adhéré il y a longtemps, mais l'expérience se joue de la plupart des formules; et, en tenant compte des divers succès obtenus dans des conditions opposées, il faut donc amoindrir la valeur de cette formule. Ainsi, par exemple, il est des strabismes dus à une taie centrale de la cornée, qui disparaissent sous l'influence de la section du muscle, mais qui quelquefois, peu à peu, se forment en sens inverse. Après l'opération, si la rectitude persiste, le malade n'a gagné qu'une diminution de difformité, sans acquérir une augmentation de facultés visuelles. Je reviendrai sur ce sujet dans un travail spécial, qui sera inséré dans ce journal.

Le manuel opératoire employé par M. Cunier est, à peu de chose près, celui que j'ai employé dès le début de mes opérations; il passe ensuite en revue les procédés de M. Dieffenbach. Mais, dès l'apparition du travail de M. Cunier, les procédés se sont tellement multipliés, qu'il devra faire un supplément *ad hoc.*

Un point important sur lequel je veux fixer l'attention de mes lecteurs, et sur lequel M. Cunier a déjà beaucoup insisté, c'est l'instrumentation au moyen de laquelle l'on fixe et l'on écarte les paupières. La plupart des malades opérés se plaignent plus de l'action des crochets souteneurs des paupières que de l'action des instruments tranchants sur l'œil; les enfants surtout qui font des défenses, et qui, en reculant la tête, augmentent la pression des crochets. C'est pour obvier à ces effets que M Cunier a substitué aux crochets isolés, maintenus par plusieurs aides, un speculum bivalve qui permet de suivre les mouvements de la tête et d'opérer avec facilité. L'instrument de M. Cunier est très-convenable, mais il a ouvert à l'invention une voie dans laquelle il a été devancé avec plus de bonheur par un de mes élèves les plus distingués, M. le docteur Kelley, qui est mon assistant à ma clinique. J'ai pratiqué un très-grand nombre d'opérations avec ce petit meuble, aussi simple et portatif que commode et peu dispendieux.

Les bornes d'une analyse ne me permettent pas de m'étendre davantage sur ce livre. Je pense qu'il est destiné à un succès en dehors de l'actualité; je pense aussi que, lorsque M. Cunier aura un peu plus médité sur les résultats de la méthode conjonctivienne, il en reconnaîtra comme moi les avantages, surtout quand il aura pris connaissance des modifications que je lui ai fait subir. Ceci lui servira pour sa seconde édition.

Carron du Villards.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Inflammation d'une hernie inguinale présentant les caractères de l'étranglement des auteurs. Traitement antiphlogistique. Réduction, le neuvième jour, avec une grande facilité. Guérison. — M. Malgaigne poursuit, dans son hôpital, des recherches d'une haute importance sur l'étranglement des hernies; on en jugera par le fait suivant, dont le sujet est encore à l'infirmerie.

Leroux, âgé de soixante-quinze ans, porte, depuis vingt ans, une hernie inguinale gauche, bientôt suivie d'une hernie consécutive à droite, pour lesquelles il faisait usage d'un bandage qui ne les contenait qu'imparfaitement. Le 11 mars dernier, après avoir mangé un morceau de boudin, la hernie gauche se tuméfie excessivement, et devient irréductible; en même temps surviennent des vomissements répétés de matières bilieuses. En vain le malade essaie de faire rentrer sa

hernie ; enfin, désespérant d'y parvenir, il se fait transporter dans la salle de chirurgie, à onze heures du soir. Jusque-là, il n'y avait pas encore eu de douleur locale. L'interne de garde se contenta de faire appliquer des cataplasmes. La nuit fut agitée, et des douleurs vives apparurent.

Le lendemain, à la visite, on trouve la hernie gauche descendue dans le scrotum, ayant le volume de la tête d'un fœtus à terme, chaude; la peau du scrotum tendue, rouge et lisse; douleur vive à la pression, se continuant jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'anneau inguinal; le reste de l'abdomen souple; la peau légèrement chaude et sèche; langue sèche, rude, avec un enduit bilieux au centre; pouls à quatre-vingts, assez plein, avec quelques intermittences. La percussion donne un son mat à la racine de la hernie, tympanique à sa partie la plus inférieure. Les vomissements bilieux continuent.

M. Malgaigne diagnostique une inflammation de la hernie, sans étranglement réel. En conséquence, après quelques tentatives infructueuses de taxis, il se borne à élever les cuisses et les jarrets à l'aide de coussins, et fait appliquer sur la tumeur des cataplasmes émollients fréquemment renouvelés.

Le 13, les vomissements ont cessé, la tumeur plus chaude et plus douloureuse; dix sangsues sur le trajet du canal inguinal.

Le 14, le ventre devient un peu douloureux; mais cette douleur a diminué le lendemain. Il y eut un vomissement le 14, et quelques autres le 15; on prescrit, au lieu de boissons, de la glace et des tranches de citron. Dès le 15, la tumeur commence à s'affaisser; cet affaissement continue les jours suivants; dès le 17, le malade a eu trois heures de sommeil, et on lui accorde du bouillon. Il y eut cependant de l'inquiétude le 19, le malade semblait très-affaissé; on lui mit deux vésicatoires aux jambes. Enfin, le 20, la tumeur étant encore diminuée, et ne conservant presque aucune rougeur, M. Malgaigne essaie de la faire rentrer. Les mouvements ordinaires du taxis font souffrir le malade; le chirurgien se borne alors à comprimer la tumeur entre ses mains; et, sans autre manœuvre, et presque sans douleur, la tumeur rentre comme d'elle-même au bout de sept à huit minutes. Il n'en reste qu'une petite portion, qui rend un son mat à la percussion. M. Malgaigne diagnostique une petite masse épiploïque, et ne veut pas la faire rentrer. On continue les cataplasmes. Une exploration ménagée des parties fait constater : 1° que le sac herniaire est douloureux à une pression un peu forte, dernière trace de l'inflammation; 2° que l'anneau extérieur est très-large, ce qui exclut l'idée d'étranglement réel.

On avait prescrit un lavement purgatif; mais, avant son adminis-

tration, le malade avait été deux fois spoutauément à la selle. Dès le 22, on lui donna un potage et du vin de Bordeaux; le 23, il fut mis aux aliments solides, et ses forces reviennent de jour en jour.

Ce malade étant d'une intelligence assez faible, on n'avait pas eu, de prime-abord, des renseignemeuts qu'on obtint plus tard, et qui expliquent l'état d'affaissement dans lequel il tomba, malgré la marche modérée de la maladie. Il relevait d'une autre affection bien plus grave, pour laquelle il venait de passer vingt jours à l'infirmerie médicale, et il n'en était sorti, encore faible et malingre, que la veille même du nouvel accident.

Cautérisation avec la pâte de Vienne appliquée au traitement des varices. — La cure radicale des varices a été dans ces derniers temps l'objet d'un grand nombre de nouvelles tentatives chirurgicales. L'incision, l'excision des parois de la veine, la cautérisation avec le fer rouge d'Ambroise Paré, une fois abandonnée par l'école moderne, ou a vu surgir une foule de moyens: les uns, avec M. Davat, out doublement transpercé la veine avec des aiguilles, dans le but d'obtenir la coagulation du sang et l'inflammation adhésive de la paroi veineuse; d'autres, au lieu d'aiguilles, ont laissé séjourner dans le calibre du vaisseau un fil, dont le séjour pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, suffisait toujours pour obtenir l'oblitération définitive des veines variqueuses. M. Renaut, de Toulon, lui, dans la crainte de développer une phlébite interne, a conseillé, de passer le fil, non plus à travers la veine, mais en arrière d'elle, et d'opérer l'étranglement de celle-ci sur un petit cylindre de diachilon ou de bois. MM. Jobert et Velpeau ont préféré opérer l'étranglement de la veine sur une épingle placée en arrière du vaisseau et sur laquelle, par une ligature en huit de chiffre, on obtient, avec l'escarre de la peau, la section de la veine de dehors en dedans et la destruction d'une partie de son calibre, toutes conditions favorables au succès définitif de l'opération.

M. Ricord, de son côté, applique la ligature sous-cutanée qu'il avait inventée pour le varicocèle, aux varices des membres inférieurs. Un grand nombre de succès ont été publiés à l'appui de chacune de ces méthodes. Aujourd'hui, et depuis longtemps déjà, M. Bonnet, à Lyon, M. Laugier, à Beaujon, M. Auguste Bérard, à l'hôpital Necker, préfèrent l'emploi de la cautérisation par la pâte de Vienne, pour obtenir l'oblitération définitive des veines variqueuses. On sait que la pâte de Vienne se fait avec partie égale de potasse caustique et de chaux vive parfaitement pulvérisées, et dont on forme au besoin une pâte avec l'alcool.

Voici comment se conduit M. Bérard : il applique sur les principaux paquets veineux, une traînée linéaire d'une certaine épaisseur de caustique de Vienne, de manière à produire une escarre suffisamment profonde pour détruire les veines sur lesquelles porte la cautérisation. On obtient par ce moyen la coagulation du sang, même à distance très-notable du point d'application. On peut faire du reste une, deux, et même trois ou quatre escarres, et même y revenir ensuite s'il restait encore plus tard quelques trajets veineux perméables au sang. On prétend obtenir par ce procédé une guérison exempte de tous les dangers immédiats de la phlébite, qui avaient fait abandonner tous les autres procédés. Sans doute cette méthode assure mieux que les autres, par la destruction des tissus qu'il produit, une guérison définitive : les cicatrices, en effet, plus dures et plus résistantes, s'opposent plus efficacement au rétablissement de la circulation collatérale avec les troncs principaux non encore complétement oblitérés. Cependant nous ne sommes encore suffisamment édifié sur le résultat définitif, quoique cinquante ou soixante malades aient été traités par ce procédé à l'hôpital Necker, et que la guérison ait été constatée durable chez plusieurs qui ont été revus longtemps après leur sortie de l'hôpital. Pour justifier notre réserve, nous engageons à lire l'excellent et consciencieux article publié par M. Jobert de Lamballe, tom. XVIII, pag. 289 de ce recueil.

Fracture du col de l'humérus avec déplacement. Autopsie. Conséquences pour le traitement. — On s'est trop accoutumé à regarder l'histoire des fractures comme à peu près complète; les observations de chaque jour témoignent combien nous sommes encore éloignés de cette sorte de perfection.

Un vieillard de soixante-dix-sept ans tombe dans un escalier le 3 janvier 1841. Le moignon de l'épaule gauche porte contre le rebord d'une marche; il se fait transporter le 6 à l'infirmerie de Bicêtre, où M. Malgaigne constate une fracture du col huméral. Il y avait plusieurs des signes de la luxation; saillie du moignon de l'épaule, dépression au-dessous; coude écarté du tronc; tumeur en avant de l'aisselle, soulevant l'interstice du deltoïde et du grand pectoral, le tout accompagné d'une énorme ecchymose. Mais le coude se rapprochait du tronc avec facilité; la dépression n'était point immédiatement au-dessous de l'acromion; on ne sentait pas de tumeur dans l'aisselle; et le bras, mesuré comparativement de l'acromion à l'épitrochlé, offrait un raccourcissement de près de trois centimètres. Enfin, en imprimant des mouvements de rotation à l'humérus, on percevait une crépitation incomplète.

A raison de l'ecchymose et du gonflement, on crut devoir attendre quelques jours avant de tenter la réduction. Mais, lorsque les phénomènes locaux furent dissipés, il en survint d'autres généraux d'une nature plus grave, et le malade succomba le 29 janvier.

A l'autopsie, faite avec le plus grand soin, on trouva une fracture à peu près transversale du col chirurgical; le fragment inférieur tout à fait séparé de l'autre, porté en haut et en avant sous les bords correspondants du grand pectoral et du deltoïde, et plongé dans une espèce de kyste membrauiforme rempli d'une sanie sanguinolente. Mais ce qui attire l'attention, c'est que nulle part à la surface interne de ce kyste on ne voyait ou on ne sentait le fragment supérieur. En poursuivant la dissection, on reconnut que ce fragment avait été attiré en dehors et en haut par les muscles sus-épineux, sous-épineux, petit rond et sous-scapulaire, en sorte que sa surface fracturée regardait en dehors et en haut, et que la capsule articulaire démeurée intacte, formait la paroi externe du kyste qui renfermait le fragment supérieur.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel d'une pareille fracture avec les luxations sous-coracoïdienne et sous-scapulaire; mais le déplacement du fragment supérieur est fait pour exciter toute l'attention des praticiens. Supposez qu'on eût essayé la réduction et maintenu le membre pendant près du tronc, à la méthode ancienne, ou le coude écarté du corps, à la manière de Dupuytren, ou le coude porté en avant sur la poitrine, à la façon de Richerand, il serait toujours arrivé de deux choses l'une; ou bien on aurait mis bout à bout le fragment inférieur avec ce qui représentait le fragment supérieur; le bras aurait ainsi recouvré sa longueur normale, on aurait cru la coaptation bien faite, et cependant les surfaces fracturées ne se seraient pas même touchées; le fragment inférieur se serait trouvé en contact avec la face externe de la capsule articulaire; ou bien on aurait reporté le fragment inférieur tout à fait en dehors de l'autre, mais surtout avec la face interne de la diaphyse; le cal aurait pu se faire dans ce cas, mais avec raccourcissement et déformation du membre; et dans les deux cas, les mouvements auraient été perdus sans ressource, et le sujet serait resté estropié. L'unique ressource, dans l'opinion de M. Malgaigne, aurait été de relever le bras à peu près à angle droit sur le corps, et de faire la réduction et la coaptation dans cette position; sauf à remuer le membre vers le tronc quand la consolidation aurait été sérieusement commencée.

VARIÉTÉS.

Rappel à la dignité médicale. — Ce n'est point sans une vive répugnance et sans un profond sentiment de douleur que nous sommes forcés d'appeler l'attention de nos lecteurs sur quelques faits graves de dignité, ou plutôt d'indignité médicale. Mais le silence serait une coupable faiblesse, et, puisque les circonstances l'exigent, faisons entendre le langage de l'austère vérité.

C'est surtout aux chirurgiens que doivent s'adresser nos récriminations. Ce sont eux, en effet, qui, maintes fois, ont suscité des scandales affligeants. Nous nous souvenons tous de ces discussions acerbes, souvent injurieuses et toujours inconvenantes, auxquelles donna lieu l'invention de la lithotritie ; nous avons bonne mémoire de tous les moyens employés pour l'exploitation de cette découverte, et d'ailleurs les aurions-nous oubliés, que quelques lithotriteurs ont soin, de temps à autre, de rafraîchir nos souvenirs par quelque annonce nouvelle de leur industrie. Le strabisme est venu qui a distancé de beaucoup tout ce que nous connaissions en ce genre. Présentations académiques, opérations annoncées d'avance avec billets d'invitation, affiches, annonces, puffs et réclames, courtiers courant les rues et faisant l'article sur une borne, compères dans les salons, feuilletonnistes dans les journaux politiques, tout cela a été employé, et bien d'autres choses encore, et tout cela avec un tel dévergondage que la rougeur en monte au front, avec un tel cynisme que le dégoût en a été général et profond. Voici surgir le bégaiement ; ce sujet date de quelques jours à peine, et déjà il est gros de scandale, hérissé d'une grosse artillerie d'injures.

Chose bien déplorable et douloureuse ! Ce n'est pas quelque obscur médecins qui demande à la publicité excentrique un peu de retentissement ; ce n'est pas quelque besogneux et famélique confrère, qui cherche, en dehors de notre vie commune, existence et satisfaction de quelque impérieux besoin Non, vous trouverez avec une amère surprise, au milieu de ces impuretés, quelques noms honorables et jusque-là respectés, un membre de l'académie royale de médecine, un chirurgien en chef d'un hôpital militaire, attaché à la personne d'un des fils du roi, des hommes que leur position scientifique et sociale devait préserver de ces égarements, et à qui la presse médicale a infligé le supplice d'accoler leurs annonces et leurs réclames, aux annonces et aux réclames des Giraudeau et des Albert.

Les choses en sont venues à ce point dans le monde chirurgical, qu'aussitôt que surgit une question d'invention, vous êtes assuré de voir naître le bruit et le scandale. Les chirurgiens se sont rués sur le strabisme, comme ils s'étaient rués sur la lithrotritie ; à cette heure, ils s'accrochent à la langue, comme hier ils s'acharnaient après l'œil. C'est avec une avidité qui effraie, qu'ils se disputent la possession du plus petit domaine de la chirurgie. Il faut les voir le nez au vent, attendre de la Germanie ou de l'empire britannique, quelque application nouvelle de la ténotomie. Elle arrive... regardez-les se démener, s'agiter et courir ! Celui-ci y pensait depuis longtemps, et l'avait imaginé *in petto* ; il était sur le point de livrer ses élucubrations au monde savant, quand d'outre Rhin on l'a devancé ; celui-là présente aussitôt des malades opérés dès la veille ; l'un a modifié, l'autre a perfectionné ; en voici un qui opère par-dessus ; en voici un autre qui opère par-dessous ; mais chacun d'eux beaucoup mieux que tous les autres ; ce qu'ils ne se font faute de prouver par lettres, par annonces et par réclames. C'est un *tohu-bohu* général d'où fuit épouvantée la science craintive, pour laisser le champ libre à l'industrie téméraire, à l'audacieuse spéculation. Ceci n'est pas un tableau chargé à plaisir de couleurs rembrunies ; nous en appelons à tous ceux qui ont eté témoins de ce qui s'est passé au sujet du strabisme, et qui

voient ce qui se passe encore au sujet du bégaiement. L'académie de médecine en a été épouvantée, et en fermant sa porte a tous ces guérisseurs de louches et de bègues, qui avaient converti la tribune académique en un tréteau des foires, elle a fait acte de justice et de haute moralité.

Oui, nous le disons avec une douloureuse conviction, la chirurgie parisienne a donné depuis quelque temps de déplorables exemples. On dirait qu'elle a pris à tâche de déconsidérer notre profession, placée déjà à un degré si infime de l'échelle sociale. Lorsque tout, dans notre société française, tend vers une régénération de mœurs, de principes et de dignité, notre profession seule donne le scandaleux spectacle d'une démoralisation croissante dont, sans effroi, on ne peut contempler les ravages. Les antiques traditions d'honneur, de désintéressement et de charité, qui entouraient comme d'une auréole la profession de Fernel et d'Ambroise Paré, ne se rencontrent plus qu'au fond de nos provinces, où les mœurs pures et austères du médecin n'ont pas altéré le sentiment d'estime et de respect que lui portent les populations rurales. Que nos confrères des provinces les conservent avec vigilance, ces traditions vénérables ! c'est de leur âme indignée que doit sortir ce cri puissant de réforme qui doit mettre un terme à l'insatiable ambition de leurs confrères des villes.

Car, on ne peut le méconnaître, le mal est arrivé à un si haut degré d'intensité, qu'il n'est plus possible d'en arrêter les progrès que par une mesure prompte, vigoureuse et énergique. Nous appelons de tous nos vœux l'établissement des *conseils de discipline*, qui seuls, à notre avis, peuvent porter remède à notre position fâcheuse. Nous aurons à envisager ce sujet avec les développements qu'il comporte, et nous espérons prouver que la mesure que nous sollicitons est la seule efficace. En attendant, à ceux de nos confrères qui ont été assez malheureux pour oublier ce qu'ils devaient à leur position, à la science et à la dignité de notre art, nous adresserons ces mots célèbres : *Je vous rappelle à la pudeur.*

Ordre du ministre de l'intérieur pour faire cesser la vente au dehors des médicaments par l'Hôtel-Dieu de Lyon. — M. Parrayon, président de la Société de prévoyance des pharmaciens de Lyon, vient de recevoir du ministre de l'intérieur la lettre suivante, en réponse à la pétition dont nous avons entretenu nos lecteurs l'année dernière (tom. XVIII, p. 70).

Monsieur, j'ai reçu la réclamation que vous m'avez adressée, le 15 décembre dernier, au nom des pharmaciens de Lyon, contre les ventes de médicaments faites par l'Hôtel-Dieu de cette ville.

M. le ministre de l'instruction publique m'avait déjà transmis, *en l'appuyant de sa recommandation particulière*, une pétition que vous lui aviez adressée, pour obtenir la cessation de cet abus.

Les considérations que vous avez invoquées m'ayant paru fondées en droit, et conformes d'ailleurs aux principes établis par l'instruction émanée de mon ministère, le 31 janvier 1840, j'invite aujourd'hui M. le préfet du Rhône à prendre immédiatement des mesures pour faire cesser toute vente de médicaments par la pharmacie de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Agréez, etc.

Le ministre de l'intérieur, Signé DUCHATEL.

L'honorable pharmacien de Lyon qui nous transmet cette pièce au nom de l'association dont il est membre, ajoute :

« Il est bon que nos confrères sachent que nous sommes bien décidés à mettre à profit les bonnes dispositions du ministre pour terminer la lutte depuis trop longtemps engagée entre l'Hôtel-Dieu et les pharmaciens de Lyon. On essaiera peut-être de nous résister par la force d'inertie; mais il faudra bien que cette résistance cesse en présence d'une volonté ferme qui a pour elle la conscience d'un droit chèrement acquis, et la protection des lois; ce serait faire outrage au ministre qui a été assez sage et assez éclairé pour rendre une décision aussi juste, que de douter de l'énergie qu'il saurait déployer, si le conseil d'administration de l'Hôtel-Dieu ne se soumettait à l'injonction qui lui est faite. »

— Il résulte d'un travail sur les hôpitaux et hospices de Paris que l'administration admet et entretient dans les hospices 12,000 vieillards et infirmes; elle reçoit ensuite, chaque année, 76 ou 80,000 malades dans les hôpitaux, ce qui donne une moyenne de 4,800 présents chaque jour; elle recueille 4,600 enfants trouvés; elle en entretient 16,000 à la campagne, et près de 500 en apprentissage. Enfin, elle fournit les secours distribués à plus de 30,000 familles indigentes.

— M. le docteur Furnari vient d'être chargé d'une mission scientifique en Algérie.

— Il vient d'être établi un nouvel hôpital militaire, à Paris, rue de Charonne, dans les bâtiments de l'ancienne communauté de Bon-Secours.

— M. Dumas, membre de l'Institut, professeur à la faculté de Paris, vient d'être nommé professeur de chimie à la faculté des Sciences, en remplacement de M. le baron Thénard, démissionnaire.

— Diverses ordonnances viennent d'établir et d'organiser des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie à Amiens, Caen, Poitiers, Rennes et Rouen. Un arrêté du ministre de l'instruction publique organise le personnel de ces écoles.

— Divers concours viennent de se terminer au Val-de-Grâce. Ont été nommés : M. Goffres, agrégé de la faculté de Montpellier, à une chaire de pathologie externe à l'hôpital d'instruction de Metz, à l'unanimité des suffrages ; M. Scrive, à une chaire de même nature, à Lille; M. Champouillon, à une chaire d'hygiène et de médecine légale à l'hôpital de Metz, à l'unanimité des suffrages; enfin, M Millon, professeur de chimie à l'hôpital du Val-de-Grâce à Paris.

— Après Astley Cooper, vient de succomber un des chirurgiens les plus occupés de Londres, Howship, connu par ses belles recherches d'ostéogénie normale et pathologique.

— Nous apprenons encore la mort de M. Maunoir jeune, chirurgien distingué de Genève, et du vénérable doyen des chirurgiens accoucheurs de Troyes, M. le docteur Ruinet, décédé presque octogénaire, après cinquante ans d'une pratique très-heureuse et très-étendue.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'EXPÉRIMENTATION EN THÉRAPEUTIQUE.

A la condition de ne jamais enfreindre ce grand principe de morale, *ne pas nuire au malade*, l'expérimentation thérapeutique est utile, nécessaire, indispensable. Ce n'est pas aux lecteurs éclairés de ce journal qu'il est besoin de démontrer cette proposition; les preuves sont surabondantes, palpables, et depuis longtemps en circulation dans le commerce des idées; mais ce qu'il importe beaucoup plus de rappeler, ce sont les conditions qui doivent présider à l'expérimentation, et qui la rendent fructueuse et probante. Une immense série de travaux se trouve entachée de suspicion ou frappée de nullité, par cela même que les expérimentateurs se sont placés en dehors des conditions que nous allons passer en revue. Les divergences d'opinion, les assertions contradictoires, la foi des uns, le scepticisme des autres, le doute des plus sages, n'ont pas d'autre source que la négligence volontaire ou préméditée de certaines conditions indispensables à l'expérimentateur et à l'expérimentation. Essayons de les exposer succinctement.

Ces conditions sont relatives, 1° à l'expérimentateur; 2° à l'expérimentation; 3° à la maladie qui fait le sujet de l'expérimentation; 4° à l'agent thérapeutique qu'on expérimente.

1° *Conditions relatives à l'expérimentateur.* — Une chose aussi grave que l'expérimentation thérapeutique, et d'où peut dépendre la vie ou la mort de nos semblables, ne peut pas être maniée indifféremment par tous les hommes. Il en est si peu qui se fassent une idée exacte des difficultés qu'elle entraîne, des obstacles qu'elle rencontre, des conditions qu'elle exige pour que ses conséquences soient légitimes; il en est si peu qui se trouvent placés dans des circonstances favorables pour en tirer parti, qu'il faut moins s'étonner de la pauvreté des résultats obtenus par elle que de l'immensité des travaux auxquels elle a donné lieu.

La première condition nécessaire à l'expérimentateur, c'est une instruction médicale solide, de bon aloi et qui ait fait ses preuves. Si je suis en doute sur la capacité de l'expérimentateur, qui me garantira l'exactitude de son diagnostic, la vérité de sa symptômatologie, la réalité des accidents phénoménaux qu'il aura à décrire? Si une habitude constante de l'observation ne lui a pas appris à distinguer ce qu'il faut attribuer à la marche naturelle de la maladie de ce qui peut être l'effet

d'un agent thérapeutique, quelles conséquences erronées et déplorables ne pourra-t-il pas tirer de son expérimentation? Quand nous disons qu'il faut que l'expérimentateur ait fait ses preuves, nous ne faisons que reproduire les opinions d'un des médecins les plus célèbres, de Bordeu, qui déjà, dans le siècle dernier, écrivait ce beau passage qui devrait servir d'épigraphe à tous nos livres de thérapeutique : « L'observateur, ou celui qui pourrait fournir des observations bien faites, ne se contenterait pas de dire : *J'ai vu, j'ai fait, j'ai observé*, formules avilies aujourd'hui par le grand nombre d'aveugles de naissance qui les emploient. Il faudrait que l'observateur pût prouver ce qu'il avance par des pièces justificatives, et qu'il démontrât ce qu'il a vu et su voir en tel temps; ce serait le seul moyen de convaincre les pyrrhoniens, qui n'ont que trop le droit de vous dire : *Où avez-vous vu? comment avez-vous vu?* et, qui plus est encore, *de quel droit avez-vous vu, de quel droit croyez-vous avoir vu, qui vous a dit que vous avez vu?* »

Si, dans le court espace qui nous est accordé, nous pouvions paraphraser ces belles paroles de Bordeu, il nous serait facile de montrer que l'exigence extrême dont elles semblent empreintes, n'est qu'une précaution très-utile et très-légitime contre tous ces pseudo-thérapeutes qui ont infecté la science de leurs prétendues découvertes, et qui nous ont légué un travail rétrospectif, mille fois plus long et plus pénible à faire qu'un travail expérimental nouveau, basé sur des faits actuels et authentiques. Mais il serait superflu d'insister sur cette proposition si évidente à savoir que l'expérimentateur doit être un médecin instruit et qui ait fait ses preuves.

Ce n'est pas tout : il faut qu'il soit de bonne foi, qu'il soit probe et qu'il n'ait pas intérêt à tromper. Des exemples douloureux ont été donnés en plusieurs circonstances au monde médical. Sans doute il est possible d'illusionner pendant quelque temps les esprits par une expérimentation fallacieuse; mais, qu'on le sache bien, la vérité ne tarde pas à surgir accusatrice et vengeresse pour jeter une honte éternelle sur ces propagateurs de criminels mensonges. Voici encore, sur ce point, de graves et austères paroles dues à Zimmermann : « La plupart des observateurs ont coutume de découvrir le côté affirmatif des choses et d'en voiler le côté négatif; c'est vouer son art à l'opprobre que d'en agir ainsi. Le temps porte son flambeau dans l'obscurité la plus ténébreuse, et l'on aperçoit l'imposture. »

Avec les intentions les plus droites et les plus pures, l'expérimentateur peut n'arriver qu'à l'erreur, s'il cherche dans l'expérimentation la confirmation d'une théorie, s'il se propose par elle un but déterminé

d'avance, s'il a intérêt à ce qu'elle réponde de telle ou telle manière. La science fourmille de ces décevantes promesses, formulées sur la foi d'une illusion, et qui se sont évanouies au contact d'une observation rigide et désintéressée. Les observateurs modernes ont, sous ce rapport, répandu des idées éminemment utiles, et qu'il faut nécessairement accepter, quelque philosophie médicale que l'on suive. Il est incontestable que la prévision ou le désir de tel ou tel résultat influe, et souvent de la manière la plus innocente, souvent même à l'insu de l'expérimentateur, sur ce résultat. Les exemples de l'influence de la prévision, du désir ou de l'intérêt, sur les résultats obtenus par l'expérimentation, sont si nombreux et si fréquents, que l'observateur sévère doit toujours être en garde sur ses dispositions intellectuelles à cet égard.

2° *Conditions relatives à l'expérimentation.* — Un philosophe, Reid, a dit : « Par l'expérimentation on acquiert en peu de temps une connaissance beaucoup plus étendue des lois de la nature que celle que des siècles d'observations accidentelles pourraient donner. » Cette pensée, profondément vraie pour les sciences physiques (l'astronomie exceptée, la plus parfaite et la plus complète des sciences, quoique l'expérimentation n'y soit pas possible et qu'elle ne doive sa perfection qu'à l'observation seule), cette pensée, disons-nous, ne s'applique pas avec le même bonheur aux sciences médicales en général et à la thérapeutique en particulier. Qu'est-ce qui donne la prééminence à l'expérimentation sur l'observation? C'est la possibilité de pouvoir séparer et d'isoler d'un fait les circonstances, soit naturelles, soit accidentelles, qui gênent l'expérimentation ; or, cette possibilité ne se rencontre que dans les sciences physiques et chimiques ; presque jamais elle ne se rencontre dans les sciences médicales. Dans les premières, vous expérimentez sur la nature morte, sur la nature inorganique, et vous arrivez à l'identité des faits, que l'expérience ait lieu dans le sein de la terre ou dans le creuset. Dans les sciences, au contraire, qui s'occupent des êtres organisés et vivants, impossible d'isoler une seule circonstance sans altérer plus ou moins le fait ; et chez elles, l'identité des phénomènes est si contestable, qu'une école tout entière a basé sur cette contestation la philosophie qui la dirige. Si nous pouvions passer un instant en revue les différentes branches de la médecine où l'expérimentation a pu être appliquée, nous verrions qu'en effet, elle devient d'autant plus difficile et d'autant moins concluante, que les phénomènes deviennent plus complexes. Comparez, par exemple, ce que produit l'expérimentation en physique et en physiologie ; dans cette dernière, vous avez beau vouloir isoler un phénomène quelconque, toujours cette force inconnue dans son essence, cette action inséparable de toute matière organisée

vivante, les forces vitales, en un mot, se dresseront toujours présentes devant l'expérimentateur, et, quelques efforts qu'il fasse, il ne pourra jamais éviter cet enchaînement de phénomènes, ce *consensus* organique, qui font qu'on ne peut toucher une fibrille du corps sans que les autres ne s'altèrent ou s'ébranlent. La physiologie, cependant, est de toutes les parties des sciences médicales, la plus riche en résultats expérimentaux, qui souvent ont éclairé d'une vive lumière quelques points de la pathologie. Dans celle-ci, l'expérimentation voir surgir autour d'elle des difficultés nouvelles et plus nombreuses. Outre que les cas où il est possible, sans danger, d'expérimenter sur l'homme malade sont très rares, il n'est même jamais possible de tirer une conséquence rigoureuse de ces expérimentations. Veut-on, par exemple, expérimenter sur la grande question de la contagion? Eh bien! il y a là plusieurs inconnues qui nous échapperont sans cesse, à savoir, la prédisposition, l'identité ou la non identité des circonstances dans lesquelles se trouvent les divers individus, etc. Cependant, encore en pathologie, l'expérimentation a fourni quelques résultats utiles, et nous croyons que plusieurs points importants d'étiologie, surtout, pourront être élucidés par elle.

Mais c'est surtout en thérapeutique que les difficultés pour l'expérimentation grandissent et s'accroissent; à toutes celles qui lui sont communes avec la physiologie et la pathologie, s'ajoutent celles qui lui sont inhérentes et qui résultent, soit de la connaissance imparfaite que nous avons de l'action physiologique des médicaments, soit de celle plus imparfaite encore de leur action thérapeutique, soit surtout de l'impossibilité où nous sommes, la première étant bien connue, d'en rien conclure pour la seconde.

Cette sorte d'énumération des difficultés que présente l'expérimentation en médecine n'a pas pour but de la déconsidérer ou d'atténuer les services qu'elle a déjà rendus. Nous avons voulu seulement mettre en garde contre les exagérations auxquelles elle a donné lieu, et en montrant la différence radicale qui la sépare de l'expérimentation physique ou chimique, faire voir l'inanité et le peu de fondement de ces opinions ambitieuses qui, les mettant toujours en parallèle, voudraient faire croire qu'on peut manier l'homme malade aussi facilement qu'un électrophore ou un verre à réactif. Ne demandez à l'expérimentation que ce qu'elle peut donner, et elle vous répondra avec lenteur, sans doute, mais avec sagesse et sûreté. Sachez bien toutes les difficultés qu'elle présente, et vous serez moins facile à l'illusion, plus sévère sur les résultats, plus circonspect sur les conséquences.

Il faut donc que l'expérimentateur médecin évite les écueils où il

irait se briser, s'il faisait des règles de l'expérimentation en général une application inintelligente et intempestive. Un abîme immense sépare la médecine des sciences physiques sous ce rapport. Dans celles-ci, on est maître du phénomène, on le fait surgir à volonté, il commence, il finit au gré de l'opérateur, il est simple, il est un, il est isolé de tout autre. En thérapeutique, au contraire, le phénomène est imposé; impossible à l'observateur de le faire naître spontanément, de le faire croître et finir; il est presque toujours complexe, toujours entouré d'autres phénomènes plus ou moins importants. En physique, la cause expérimentale est toujours évidente et constamment dirigée par la main de l'opérateur, d'où la facilité et la légitimité de la conclusion *post hoc ergo propter hoc*. En thérapeutique, il est si rare de diriger à volonté la cause expérimentale, que la légitimité de cette conclusion ne perd son caractère de doute qu'à la condition de réunir un nombre immense de faits toujours observés avec la même rigueur. De toutes ces différences, et de bien d'autres que nous ne pouvons pas même énumérer, résulte la nécessité d'une prudence et d'une réserve extrêmes dans les conséquences que l'on tire de l'expérimentation thérapeutique. Si en physique l'expérimentation mène à la certitude, en thérapeutique elle ne conduit presque jamais qu'à la probabilité; en physique elle produit l'identité du phénomène, en thérapeutique on n'arrive jamais par elle qu'à l'analogie; or nous ne savons plus qui a dit que *l'expérimentation et l'analogie n'étaient que des béquilles propres à soutenir l'esprit humain dans ses recherches*. Ne les prenons donc que pour des béquilles.

3° *Conditions relatives à la maladie qui fait le sujet de l'expérimentation*. Les premières questions que l'expérimentateur therapeutiste doive s'adresser en face de toute maladie sont celles-ci : Que devient cette maladie abandonnée à elle-même? Quelle marche suit-elle? Quelle durée a-t-elle? Comment se termine-t-elle? Nous sommes loin, bien loin de pouvoir toujours répondre avec sûreté à ces questions importantes, et cela tient à plusieurs causes qu'il n'est peut être pas inutile de rappeler ici.

Si les principes de la grande école médicale grecque avaient été toujours suivis dans toute leur pureté, si, considérant la maladie comme une fonction nouvelle, comme une fonction morbide, les médecins de tous les âges avaient cru, avec Hippocrate, la nature assez puissante pour intervenir efficacement dans la solution de la maladie, et que le rôle du thérapeutiste pût se borner à surveiller l'état des forces, à l'abattre ou à le relever, que ce rôle, en un mot, ne dût être qu'un rôle de direction, nous serions à coup sûr plus avancés sur la connaissance

de ce qu'avec plusieurs médecins on peut appeler l'histoire naturelle des maladies. Mais, on le sait, cédant à ce penchant irrésistible de l'esprit humain qui le pousse incessamment vers des voies nouvelles, éclairé d'ailleurs par les accidents fréquents où la simplicité du dogme hippocratique est en défaut et où n'apparaît plus l'intervention bienveillante de la nature, effrayé par le spectacle de ces grandes épidémies qui si souvent répandaient la consternation et le deuil sur des populations entières, le médecin a été nécessairement, fatalement entraîné à sortir de l'expectation antique, à opposer des moyens curatifs à des maladies mortelles, à abréger la durée des maladies chroniques, à expérimenter enfin, et de là a surgi la polypharmacie, tantôt bienfaisante et rationnelle, tantôt ridicule et bizarre, quelquefois dangereuse et cruelle, mais presque toujours perturbatrice de la marche et des phénomènes de la maladie. Voilà une première cause de notre ignorance sur la physiologie pathologique.

Si l'on envisage les maladies sous le rapport de leur plus ou moins de simplicité, on ne tarde pas à voir qu'elles présentent sur ce point des différences énormes, qui rendent extrêmement difficile l'étude de leur marche naturelle. Comparez, par exemple, une névralgie simple et franche, où vous n'avez à étudier que l'élément douleur, à la scarlatine, où il faut tenir compte de l'élément fièvre, de l'élément éruption, de l'élément angine. Comparez maintenant la scarlatine à la fièvre typhoïde, et vous verrez avec effroi se multiplier le nombre des éléments qu'il faut apprécier et connaître. Eh bien! ce qu'on peut appeler maladie simple est ou ne peut pas plus rare; presque toujours on a affaire à des maladies composées, et souvent à des maladies compliquées. Aussi, pour débrouiller par une savante analyse, selon la belle expression de Broussais, les circonstances naturelles ou accidentelles d'une maladie, il faut des efforts, une étude et une observation si opiniâtres, qu'aucune science humaine ne peut être comparée, sous ce rapport, à cette science médicale, que des esprits superficiels et ignorants osent appeler science facile. De la complexité et de la complication des faits soumis à l'observation du médecin naît une difficulté nouvelle de connaître la marche naturelle des maladies.

Et que dirons-nous des différences que les maladies présentent selon les âges, selon les sexes, selon les climats, selon les influences atmosphériques, selon les idiosyncrasies particulières, selon les influences morales et politiques des lieux, des temps, des individus, etc., etc. ? Toutes ces circonstances, qui ne sont encore qu'imparfaitement connues, ne s'opposent-elles pas à ce qu'on puisse tracer un tableau général fidèle de la physiologie pathologique?

Et les points de vue divers sous lesquels on a envisagé la médecine selon les idées systématiques régnantes, n'ont-ils pas plus ou moins complétement éloigné l'attention des observateurs de la marche naturelle, de la durée et de la terminaison des maladies?

Voilà, ce nous semble, les causes principales qui s'opposent à ce que l'expérimentateur thérapeutiste puisse répondre d'une manière certaine aux questions qu'il devra cependant s'adresser, toutes les fois qu'il voudra faire usage de l'expérimentation. Car malgré que, sous ce rapport, nos connaissances soient fort incomplètes, il n'en faut pas moins tenir grand compte de celles que l'observation, l'expérience ou le hasard nous ont fait acquérir. Ainsi, et pour ne citer que quelques exemples, les observateurs sérieux, sincères et de bonne foi, savent bien que la thérapeutique n'a qu'une bien faible influence sur la durée d'un très-grand nombre de maladies aiguës. Qui est-ce qui a la prétention d'enrayer dans sa marche et dans sa durée un érysipèle ou une variole? Qui est-ce qui a la prétention d'abréger le cours d'une fièvre typhoïde ou d'un exanthème quelconque? La plupart de ces affections si communes, rangées dans la grande classe des phlegmasies, reçoivent-elles des secours de l'art une modification appréciable dans leur marche et leur durée? On l'assure, on le professe en certains lieux; mais en vérité, avec le plus vif désir de croire à des assertions si consolantes, nous nous ne pouvons ne pas dire que l'inexorable observation a détruit ces décevantes promesses, et ces illusions retentissantes, tantôt généreuses, tantôt intéressées, se dissipent tous les jours devant la rigoureuse exploration des faits.

Si nous ne nous abusons, il nous semble qu'il résulte de ce que nous venons de dire que l'expérimentation thérapeutique a besoin, pour donner force et considération à ses résultats, de tenir compte de la marche naturelle de la maladie, de son état de simplicité, de complexité et de complication, ainsi que de toutes les influences qu'elle reçoit des circonstances énumérées plus haut. Cette manière de procéder est sans doute lente et longue, mais c'est la seule qui puisse conduire à la solution de ce problème qui, en définitive, renferme tous les autres : Quelle action exerce telle ou telle médication sur la durée et la terminaison de telle ou telle maladie?

4° *Conditions relatives à l'agent qu'on expérimente.* Nous ne rappellerons pas ici les règles écrites aux premières pages de tous les traités de thérapeutique et de pharmacologie sur les conditions de pureté, de simplicité et de bonne préparation de l'agent qu'on veut expérimenter; mais nous rappellerons peut-être avec plus de fruit quelques

idées concernant les conséquences que l'on peut tirer de l'action physiologique des médicaments sur leur action thérapeutique.

Il est remarquable (et nous croyons que cette réflexion appartient à M. le professeur Andral) que les médicaments dont on peut conclure de l'action physiologique à l'action thérapeutique sont ceux précisément qui n'ont d'influence que sur les phénomènes morbides, qui ne sont qu'une modification soit en plus, soit en moins d'un des actes de la vie. Quelques exemples nous feront bien comprendre. L'expérience sur l'homme sain a appris que l'opium abattait, émoussait la sensibilité, que la digitale ralentissait la circulation, que la noix vomique augmentait les contractions musculaires, etc., etc.; or il a été naturel d'expérimenter l'opium quand on a eu à combattre l'élément douleur, la digitale quand il a fallu s'opposer aux contractions trop fréquentes du cœur, la noix vomique quand, au contraire, il a fallu réveiller la contractilité musculaire affaiblie ou éteinte. Mais que sont tous ces phénomènes, sinon des modifications soit en plus, soit en moins d'un des actes de la vie? La douleur est-elle autre chose qu'une modification en plus de la sensibilité? Certaines paralysies sont-elles autre chose qu'une modification en moins de la contractilité? Maintenant, posez l'expérimentateur en face de phénomènes d'un ordre bien différent, d'une fièvre d'accès, par exemple : quels rapports y a-t-il entre une fièvre intermittente et les actes de la vie? Absolument aucun. Et quels rapports y a-t-il entre l'action physiologique du quinquina et son action thérapeutique? Absolument aucun; et l'expérimentateur aurait éternellement essayé la vertu corroborante de l'écorce péruvienne, qu'il n'en aurait jamais pu conclure à sa vertu antipériodique si constante et si mystérieuse. Nous en pourrions dire autant de la syphilis et du mercure : la syphilis, assurément, ne pourra jamais être assimilée à un phénomène vital quelconque, et jamais l'action physiologique du mercure n'aurait mis sur la voie de son action thérapeutique.

Ceci nous conduit à reconnaître que l'expérimentation thérapeutique peut s'exercer selon deux procédés également utiles, également nécessaires, et dont il ne faut pas vanter la prééminence de l'un au détriment de l'autre. Le premier procédé, qu'on peut appeler rationnel ou de déduction, est celui qu'on emploie alors que l'action physiologique d'un médicament est bien connue, et qu'on ne veut que réveiller ou modérer un acte de la vie. L'autre, qu'avec Ampère on peut appeler autoptique, ou plus simplement empirique, est celui auquel, hélas! nous sommes le plus souvent forcés de recourir, et cela par la nature même de notre science. L'homme pathologique, en effet, n'est pas l'homme physiologique; des fonctions tout à fait nouvelles, inconnues dans leur nature

et leur essence, fonctions complétement différentes des fonctions physiologiques, surgissent chez l'homme malade, et les modificateurs de ces fonctions ne peuvent nous être révélés que par l'observation empirique. Quand la pathogénie aura donné son dernier mot; quand le point de départ des maladies que hier nous cherchions dans les solides, qu'aujourd'hui nous cherchons dans les liquides, quand ce point de départ aura été reculé jusque dans ses dernières limites; quand, après avoir exploré la vaste trame cellulaire qui forme les organes, les innombrables canaux renfermant les divers liquides nourriciers, sécrétés et excrétés, ces liquides eux-mêmes, dans leur composition chimique et moléculaire, les principes médiats et immédiats qui les forment, les principes impondérables même, qui jouent un si grand rôle dans l'économie animale; quand, enfin, tous les éléments de la question de l'homme malade seront parfaitement et complétement connus (s'ils le sont jamais), alors sans doute surgira quelque grand fait principe qui permettra d'asseoir l'expérimentation thérapeutique sur une base moins étroite, alors aussi peut-être nous sera-t-il donné de résoudre ce grand problème, but suprême de notre art, objet de tant d'études et de labeurs, de tant d'espérances et de si amères déceptions : une maladie étant donnée, en trouver le remède.

Amédée Latour.

SUR LES FIÈVRES QUI RÈGNENT ACTUELLEMENT DANS LES ENVIRONS DE PARIS ET SUR LEUR TRAITEMENT.

Beaucoup de communes des environs de la capitale présentent en ce moment une épidémie de fièvres intermittentes, qui méritent la plus grande attention. Cette épidémie, qui date déjà de plusieurs mois, continue encore avec la même activité, sans montrer aucun signe qui indique son déclin. Les lieux les plus maltraités par ce fléau sont entre autres Meudon, Bellevue, Sèvres, Ville-d'Avray, et presque tous les jolis villages du voisinage. Nous avons recueilli sur cette épidémie des renseignements certains, qui nous ont été communiqués spécialement par M. le docteur Deramont, praticien distingué de Bellevue. Ce médecin, très-répandu dans les pays où l'épidémie a établi sa domination, a fait à cet égard des observations de la dernière importance pour le diagnostic et pour le traitement de ces fièvres. Nous allons transmettre à nos lecteurs ce que nous ont appris nos relations avec ce médecin, en attendant les détails plus circonstanciés que nous espérons obtenir et le résultat de nos propres observations.

L'épidémie actuelle des environs de Paris est attribuée à un ordre de causes qui ne paraissent nullement s'accorder avec le fait. Les médecins de Paris, consultés au sujet de ces causes, et plusieurs de ceux qui pratiquent sur le théâtre de ces maladies, ont cru pouvoir les imputer au grand remuement de terre, occasionné par les travaux du chemin de fer de la rive gauche de la Seine. Le remuement des terres a pu, nous ne saurions le nier, donner lieu maintes fois à l'explosion de fièvres intermittentes, l'histoire de ces affections ne permet pas là-dessus le moindre doute; mais tout prouve que telle n'est pas la cause de l'épidémie des contrées situées sur cette rive. L'épidémie en question règne en effet dans des villages où les terres n'ont pas été remuées; elle ne règne pas au contraire dans d'autres villages dont les terrains ont été bouleversés; enfin, et cette preuve est sans réplique, l'épidémie de ces fièvres existait déjà avant les travaux dont nous parlons. D'un autre côté, aucune influence marécageuse ne s'élève du sein des populations assiégées par ces fièvres, ou, s'il s'en trouve, elle ne peut expliquer leur excessive extension. Reste pour se rendre compte des pyréxies régnantes une cause très-mal connue, et néanmoins extrêmement puissante. Nous voulons parler d'une influence épidémique. De quelque manière qu'on entende l'action de ces sortes de causes pathologiques, on n'en est pas moins forcé de reconnaître qu'un grand nombre d'affections populaires en général surgissent inopinément en dehors de l'action des agents ordinaires, s'étendent dans tous les sens, malgré toutes les précautions isolantes, sévissent durant un certain temps, quelques moyens qu'on leur oppose et disparaissent ensuite comme elles ont paru, c'est-à-dire sans cause manifeste. C'est aux affections de ce genre qu'on réserve le nom d'affections épidémiques. Les fièvres des environs de la capitale portent éminemment l'empreinte de ces affections inexplicables.

L'épidémie dont il s'agit consiste essentiellement dans une série d'accès fébriles; mais il s'y joint constamment une complication remarquable, qui n'a pas échappé à l'observation des médecins; elles s'accompagnent presque toutes d'un appareil de symptômes muqueux ou bilieux, affectant spécialement les voies gastriques. Cet appareil symptômatique en forme souvent les préludes, et les suit dans le développement de leurs phases. La fièvre elle-même présente, comme à l'ordinaire, les trois stades de froid, de chaleur et de sueur; Seulement elle offre une grande tendance, au bout de quelques accès, à contracter un caractère pernicieux. Les médecins peu attentifs, appelés au fort des accès fébriles, surtout quand le caractère pernicieux s'est déclaré, se trompent souvent sur la nature de ces fièvres,

méconnaissent leur genre périodique, et perdent des malades qu'ils auraient pu sauver. Les malheurs en ce genre n'ont pas été très-rares dans l'histoire de cette épidémie. Le docteur Deramont nous en a cité plusieurs exemples. Ces malheurs ont tenu à ce que les médecins appelés n'ont considéré que les symptômes locaux de la maladie, sans s'élever jusqu'à la considération de sa nature. Ils n'y auraient pas été trompés, s'ils avaient étudié l'épidémie dans son ensemble, à la manière de Baillou, de Sydenham et de Stoll. Il serait temps cependant aujourd'hui d'oublier les fausses idées suggérées par l'école localisatrice, et de revenir à la pratique des grands maîtres. Malheureusement les vices de la première éducation médicale s'attachent obstinément à tous les pas du médecin imbu de ces vices, et ce n'est que par un effort de raison, dont peu d'hommes sont capables, que quelques-uns parviennent à secouer leurs préjugés.

Le traitement de ces fièvres est uniforme comme la fièvre elle-même. Il se compose chez tous les malades des moyens curatifs dirigés contre les symptômes gastriques et des moyens curatifs adressés aux accès de fièvre. Les symptômes gastriques, lorsqu'on est appelé dans les premiers temps de la fièvre, exigent les premiers soins. Leur traitement simplifie l'état fébrile, et assure l'efficacité des autres moyens. Au début donc de ces fièvres, il faut administrer un éméto-cathartique, qui opère le plus souvent en éliminant de grandes quantités de matières saburrales, muqueuses ou bilieuses. Presque tous les malades doivent être soumis à ce remède; la plupart de ceux qui n'ont pu le prendre ont guéri plus difficilement que les autres. Cependant il y a des cas où l'emploi de l'éméto-cathartique doit céder le pas à l'usage d'un autre médicament: ce sont ceux où les symptômes fébriles menacent prochainement la vie. Dans ces cas-là, il n'y a pas un instant à perdre; la seule ancre de salut est dans le sulfate de quinine. Le sulfate de quinine intervient aussi dans les circonstances moins pressantes; mais alors son administration réclame préalablement l'usage de l'éméto-cathartique: en suivant cette méthode si simple, tous les fiévreux, pris à temps, guérissent en peu de temps. Le sulfate de quinine doit être employé à haute dose; il réussit d'ailleurs par quelque voie qu'on le fasse pénétrer dans l'économie, même par la méthode endermique, lorsque les organes gastriques ne paraissent plus en état de le tolérer.

Après la guérison de la fièvre, et même pour la prévenir chez les personnes susceptibles de la contracter, le changement d'air est nécessaire; car les accès fébriles sont très-sujets à récidiver. On a même vu plusieurs malades gravement compromis par l'exaspération de la fièvre, se relever presque aussitôt, dès qu'ils avaient quitté le théâtre de

l'épidémie. Nous en avons eu un exemple chez la jeune fille du jardinier en chef du château de Meudon, M. Gabriel. Cet enfant, âgée de sept ou huit ans, a, depuis près de quatre ans, des fièvres intermittentes sous différents types, qui ont été coupées, et qui sont revenues toujours au bout de quelques semaines. Depuis près d'un an, la fièvre revenait avec le type quarte; elle était rebelle au sulfate de quinine, qui, vu l'irritabilité de l'estomac, ne pouvait plus être employé qu'en lavements et par absorption sous les aisselles; la rate était très-volumineuse, et il y avait de plus, depuis plusieurs mois, une ophthalmie très intense avec kératite aux deux yeux. Nous avons ordonné l'éloignement de la malade des lieux de l'épidémie, la cessation de tout remède, et l'usage du lait d'ânesse. Au bout d'une semaine, il y avait une amélioration notable. La fièvre revient encore tous les trois jours, mais les accès, au lieu d'avoir douze heures de durée, se terminent au bout d'une ou deux heures, et l'ophthalmie est guérie. Tels sont les documents que nous avons pu nous procurer sur les causes, les symptômes et le traitement des fièvres des environs de la capitale.

Il n'est pas sans intérêt de rapprocher la constitution médicale de Paris de la constitution médicale de ses environs.

Paris jusqu'ici a été épargné par l'épidémie de fièvres intermittentes dont il vient d'être question; mais, à part cette différence, il a régné une conformité remarquable entre son état médical et celui de ses environs. En effet, tous les bons observateurs ont reconnu que, depuis quatre ou cinq mois, les affections dominantes de la capitale portent le cachet des affections bilieuses ou muqueuses, et que les voies gastriques en particulier sont presque constamment le siége d'un engorgement saburral. A côté de cette prédominance, d'autant plus extraordinaire qu'elle tranchait avec le froid sec très-rigoureux de l'hiver précédent, les mêmes observateurs ont remarqué aussi une énervation profonde qui prolongeait les convalescences, et entretenait les malades dans une faiblesse extrême, dont la plupart ne sont parvenus à se délivrer qu'après la série de beaux jours du mois de mars. A tous ces caractères se joignent les signes des affections catarrhales, affections en permanence à Paris comme dans le reste de la France. L'ensemble de ces phénomènes a constitué le fonds des affections régnantes pendant tout l'hiver dernier. Quant à leurs formes, elles en ont présenté de très-diverses, parmi lesquelles les plus saillantes étaient l'angine et l'hémoptysie.

Quelles que fussent d'ailleurs les formes de ces affections, toutes s'annonçaient, plusieurs à l'avance, par un sentiment de faiblesse générale accompagné de dégoût, de nausées, et de dérangement dans les excrétions gastriques. Les symptômes bilieux suivaient invariablement

le développement de la fièvre, et celle-ci n'offrait presque jamais l'effervescence violente propre aux fièvres inflammatoires. Au contraire, le pouls était plutôt faible, aisément dépressible, la chaleur peu vive et l'agitation modérée. Beaucoup de malades avaient moins l'air de subir une maladie réelle que de souffrir d'une convalescence laborieuse. Livrés à eux-mêmes, ces symptômes s'éternisaient, sans que la nature semblât faire aucun effort de réaction; soumis à un traitement méthodique, ils disparaissaient plus vite; cependant ils laissaient presque toujours à leur suite une langueur et un affaissement qui a persisté opiniâtrément, comme nous l'avons dit, jusqu'aux beaux jours du mois de mars. La méthode la plus convenable dans ces affections, quelle qu'en fût l'espèce, a été l'emploi des moyens dirigés contre les affections muqueuses ou bilieuses gastriques, et les meilleurs médicaments, les émétiques et les purgatifs réitérés. Les saignées et les débilitants directs ont été rarement utiles. Le plus souvent, au contraire, ils ont prostré les malades et ouvert la voie aux symptômes redoutables des fièvres ataxiques et adynamiques. Nous avons vu plusieurs fois des sujets atteints d'affections qui paraissaient requérir les émissions sanguines, comme des bronchites intenses et d'abondantes hémoptysies, ne présenter aucune émotion fébrile jusqu'au moment où des saignées, inopportunes par leur nombre ou leur quantité, avaient été pratiquées. En général aussi, les saignées à l'aide des sangsues obtenaient plus de succès que les saignées à l'aide de la lancette. Après l'effet des émissions sanguines, dans les cas rares où elles étaient de mise, le tartre émétique enlevait les congestions locales fixées sur les divers organes, qu'elles affectassent la tête, la poitrine ou la gorge. Rien de plus commun que de voir ces congestions se reproduire soit ailleurs, soit à la même place; mais aussi, la répétition des émétiques, suivis de quelque potion purgative, en débarrassait avec le même succès.

Aucun genre d'affection ne s'est trouvé mieux des toniques, après l'emploi des éméto-cathartiques, que celles de cette année. Cependant, aucune classe de médicaments n'est plus rarement employée. Il existe encore parmi les médecins de la capitale une sorte de terreur instinctive contre la chimère de la gastrite et de la gastro-entérite, terreur tellement invincible, qu'ils aiment mieux souvent voir languir leurs malades dans les angoisses d'une énervation manifeste des fonctions digestives, que de recourir à l'usage du sulfate de quinine. Heureux encore quand ils ne poussent pas ce ridicule scrupule jusqu'à supprimer toute nourriture! Quoi qu'il en soit, les toniques ont complété la cure de ces maladies en aidant à dissiper la faiblesse locale du tube digestif, et en relevant du même coup les fonctions du système nerveux.

Les affections de l'hiver n'ont pas encore complétement cessé : on peut toujours reconnaître dans les maladies l'état catarrhal et gastrique, et la dépression générale des forces sous presque toutes les formes pathologiques actuelles; il y a pourtant cette différence, c'est que, depuis un mois à peu près, une tendance périodique se manifeste dans le retour de leurs exacerbations, et qu'on rencontre même quelques fièvres d'accès bien marquées. Cette tendance périodique et ces accès de fièvre annoncent-ils l'invasion de l'épidémie gastrique qui règne dans les environs ? Sont-ils seulement les signes ordinaires du caractère morbide du printemps ? Cette dernière opinion nous paraît devoir être adoptée. Tous les ans, en effet, on voit encore à la même époque ces mêmes dispositions à la périodicité, sans qu'elles soient suivies d'une épidémie de fièvre d'accès ; d'ailleurs Paris se montre, depuis longtemps, très-rebelle aux fièvres intermittentes, et nous ne voyons pas de raison pour que cette heureuse condition soit changée.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DES AFFECTIONS DITES NERVEUSES DU COL DE LA VESSIE ET DE LEUR TRAITEMENT, PAR M. CIVIALE.

J'ai signalé divers états morbides, mal déterminés jusqu'à présent, qui ont leur siége à l'urètre ou au col vésical. J'ai dit que ces états méritaient au plus haut degré de fixer l'attention des praticiens, soit à cause des accidents spéciaux dont ils deviennent la cause provocatrice lorsqu'ils existent indépendamment de toute lésion organique appréciable, soit en raison des caractères particuliers qu'ils impriment aux symptômes, quand ils compliquent d'autres maladies. Je veux élucider ici plusieurs questions qui n'ont point encore été abordées, ou qui du moins n'ont pas reçu de solution satisfaisante.

La sensibilité et la contractilité du col vésical étant liées ensemble par d'étroites connexions, l'augmentation de l'une doit nécessairement modifier l'autre, et, par suite, porter le trouble dans les fonctions de la vessie. Il est indubitable, en effet, que les divers modes de constriction du col vésical jouent un grand rôle dans la plupart des affections dont la vessie peut être atteinte.

Jusque dans ces derniers temps, on n'a eu, sur la sensibilité et la contractilité de la vessie, que des notions assez confuses, déduites de

quelques phénomènes morbides, de diverses analogies et d'un très-petit nombre d'expériences directes. On conçoit combien tous ces moyens étaient insuffisants à l'égard d'un organe profondément situé, sur lequel d'ailleurs la chirurgie n'agissait qu'en tremblant, car je me rappelle, qu'en 1824 on m'objecta, comme un obstacle grave à l'application de la lithotritie, la nécessité d'injecter de l'eau tiède, et que, pour atténuer les prétendus effets de ces injections sur la surface interne du viscère, on s'occupa, avec un sérieux presque bouffon, de chercher un liquide qui fût moins irritant que l'eau. Aujourd'hui les opinions sont bien changées, et ce n'est pas là une des moindres influences que l'art de broyer la pierre ait exercées. Rien n'était plus propre, en effet, que les procédés de la lithotritie à démontrer combien les opinions accréditées sur la sensibilité vésicale manquaient d'exactitude. Cette démonstration devait, à son tour, apporter une réforme dans le diagnostic et le traitement de la plupart des maladies du viscère.

La théorie de l'excrétion de l'urine que j'ai proposée met en toute évidence, d'un côté la puissance de contraction que le corps de la vessie a besoin de posséder pour chasser l'urine à travers l'urètre, de l'autre les rapports qui doivent exister entre cette puissance et la résistance du col, pour que les fonctions de l'organe s'accomplissent avec régularité. Mais ce qui n'est pas moins incontestable, c'est que cette contractilité et ce conflit de deux pouvoirs antagonistes varient à l'infini, suivant les individus.

Une connaissance exacte de la sensibilité de la vessie a beaucoup de portée pour le praticien. J'ai été en position de l'apprécier dans plusieurs circonstances, dont il me suffira d'indiquer les principales. Mais je dois d'abord noter une particularité à laquelle les expérimentateurs n'ont eu aucun égard, ce qui leur a fait commettre de graves méprises.

Dans le plus grand nombre des explorations qui ont pour but de déterminer jusqu'à quel degré est portée la sensibilité de la vessie, on a procédé sans précaution, et sans songer que le passage par l'urètre d'une sonde ou de tout autre instrument est accompagné de sensations plus ou moins vives. Or, ces sensations ont presque toujours été confondues avec celles qu'excite le contact de l'instrument explorateur avec les parois vésicales. Il y a cependant un moyen d'éviter cette confusion : c'est de diminuer la sensibilité de l'urètre par le traitement dont j'ai tracé les règles, et de ne procéder à l'exploration de la vessie que quand le passage de l'instrument ne détermine plus aucune sensation pénible dans le canal.

Une étude attentive des maladies de l'appareil urinaire fait ressortir les influences spéciales que la sensibilité exaltée ou modifiée de la vessie

et de ses dépendances exerce sur différentes parties du corps. On ne tarde pas à se convaincre, non-seulement que la sensibilité vésicale est susceptible de s'exaspérer ou de se modifier par l'effet de la maladie, mais encore qu'entre l'appareil génito-urinaire et les autres départements de l'économie, il existe des connexions, dont la connaissance eût épargné bien des erreurs, surtout dans les cas d'affections vagues et mal déterminées du corps et du col de la vessie; car ce n'est pas seulement lorsqu'il y a calcul vésical ou lésion organique profonde, soit de la prostate, soit de la vessie, que les relations intimes de cet appareil avec le cœur, l'estomac, le cerveau, les téguments, etc., deviennent évidentes; elles se dessinent aussi chez les sujets atteints de cette simple exaspération de la sensibilité du col vésical qui constitue ce qu'on nomme l'état névralgique. Ainsi on retrouve ici la pâleur de la langue, les troubles de la digestion, l'irrégularité et l'intermittence du pouls, les douleurs dans les membres, etc. A la vérité, ces phénomènes ne surviennent ordinairement que quand l'état morbide du col vésical a acquis beaucoup d'intensité. Mais on les voit aussi se produire durant l'emploi de certains moyens curatifs. Je les ai observés après l'application du nitrate d'argent à la partie prostatique de l'urètre et au col vésical, faite dans la vue de combattre une irritation névralgique qui avait résisté à toutes les autres médications, et qui ne s'amenda que faiblement sous l'empire de celle-là. Remarquons bien qu'il ne s'agit pas là de simples coïncidences; car, la plupart du temps, j'ai vu les troubles généraux se reproduire, chez le même individu, toutes les fois qu'on remettait la cause en action, toutes les fois, par exemple, que l'on cautérisait le col vésical, qu'on cherchait à appliquer la lithotritie, que des fragments calculeux s'arrêtaient dans la partie profonde de l'urètre, etc., en un mot, aussi souvent que la forte excitation qui les avait provoqués une première fois venait exercer de nouveau son influence. J'ai rencontré des hommes atteints de névralgie du col vésical qui se plaignaient de douleurs, ou au moins d'un sentiment d'ardeur à la plante des pieds; d'autres qui accusaient des douleurs à la nuque ou ailleurs. Des phénomènes analogues ont lieu dans quelques phlegmasies, soit du col de la vessie, soit de l'urètre. Ainsi un homme, cité par M. Blandin, avait eu quatre gonorrhées, chacune avec un gonflement inflammatoire au genou, qui se dissipait en même temps que la maladie principale. A cette occasion, l'auteur rapporte d'autres faits analogues, qui avaient été observés par Dupuytren, et les innombrables écrivains sur la syphilis auraient pu lui en fournir des milliers. Si on les rapproche de ceux que j'ai cités, et de quelques autres qui ont été publiés récemment en Angleterre, on ne pourra s'empêcher de recon-

naître une corrélation fort intime entre des parties qui, d'après leur situation et leur structure, sembleraient n'avoir pas de rapports spéciaux les unes avec les autres.

De toutes ces sympathies, car c'est le nom sous lequel on a coutume de les désigner, il n'y en a pas de plus remarquable que celle qui existe entre les organes génito-urinaires d'une part, le cerveau et ses dépendances de l'autre. A chaque instant on le voit surgir de la manière la moins contestable. C'est même sa fréquence qui me détermine à placer ici quelques réflexions au sujet de l'influence que les lésions du col vésical exercent sur l'encéphale. Que ces lésions soient ou non accompagnées d'altérations organiques appréciables, il n'y a qu'un très-petit nombre de malades qui n'en ressentent pas une impression profonde; presque tous sont enclins à la tristesse, à la mélancolie, au désespoir; quelques-uns, quoique faiblement atteints, s'imaginent être frappés à mort, et n'espèrent qu'à peine la guérison qu'on leur promet. Il en est chez lesquels cette défiance extrême devient une source d'incessantes tribulations, et met obstacle à leur rétablissement. On sait que, même en santé, il suffit de penser à uriner pour en éprouver presque aussitôt le besoin; dans l'état de maladie, ces besoins factices sont encore plus prompts à se manifester, et impérieux à tel point que les malades ne sauraient y résister. Or, on urine toujours mal quand la vessie n'est pas suffisamment remplie; par conséquent, cet effet ne manque pas d'avoir lieu quand on cherche à satisfaire des besoins factices. Mais alors, tantôt le sujet redoute une rétention d'urine, et cette crainte le rend misérable, tantôt la vessie s'accoutume à se vider avant d'être pleine, et une fois l'habitude établie, il n'y a plus moyen de la rompre, la présence de l'urine dans la vessie devient même une chose insupportable. Il serait impossible de peindre toutes les nuances que présente cette influence du col vésical sur le système nerveux, spécialement sur le cerveau, car elles varient à l'infini, comme tout ce qui se rapporte à la sensibilité, et n'ont par conséquent que peu de valeur comme signes diagnostiques. On doit seulement savoir qu'elles existent et qu'elles peuvent présenter des caractères très-diversifiés.

Il y a des cas dans lesquels on n'aperçoit qu'une simple exaltation ou perversion de la sensibilité et de la contractilité du col vésical, produite par des causes le plus souvent insaisissables, mais passagères, sans lésions organiques apparentes, sans nulle altération visible de tissu : il ne s'agit là que d'un simple trouble fonctionnel, déterminé par une répartition inégale de l'action vitale. Dans cette première catégorie, les phénomènes morbides sont quelquefois purement locaux; mais parfois aussi ils sont généraux, ce qui annonce ordinairement que la maladie

a fait des progrès, et qu'elle commence à être plus sérieuse. De là, deux classes de cas, que je désignerai sous les noms de *simples* et *graves*. La seconde catégorie renferme ceux que j'appellerai *compliqués*, et dans lesquels les mêmes troubles fonctionnels sont provoqués et entretenus par une cause permanente, plus ou moins saillante et active; soit que cette cause ait précédé l'apparition des symptômes névralgiques, comme on le voit dans les engorgements de la prostate, les fongosités du col vésical, certains rétrécissements organiques de l'urètre, etc ; soit qu'elle se développe pour ainsi dire au moment où apparaissent les accidents dits nerveux. Je citerai particulièrement, sous ce dernier rapport, l'atonie de la vessie, qui devient souvent une complication fort grave des névralgies du col vésical, mais qu'on peut cependant considérer, dans certains cas, comme une simple coïncidence, puisqu'elle paraît se développer, ou du moins s'accroître d'une manière notable, en même temps que les accidents nerveux.

J'appelle cas simples ceux dans lesquels la maladie est encore purement locale, et où l'on n'observe que sensation douloureuse, vague, spécialement au pubis, fréquence des besoins d'uriner, lenteur, gêne et même sorte de douleur pour les satisfaire. On peut aussi rapporter à cette classe ceux dans lesquels il y a quelques indices de catarrhe vésical, et de trouble consécutif dans les fonctions des autres appareils d'organes, pourvu que les phénomènes morbides aient peu de gravité et ne soient pas permanents; car c'est un caractère assez constant des états nerveux de l'appareil urinaire, que les symptômes locaux et même généraux soient passagers dans les premiers temps de leur apparition. A la vérité, leur durée varie beaucoup; ils reviennent par accès, tantôt réguliers et tantôt irréguliers, et se prolongent plus ou moins; mais ce n'est qu'à une époque avancée de la maladie, ou dans certaines affections anciennes, quoique peu développées, qu'ils se montrent permanents.

Il n'est pas rare de trouver des cas dans lesquels les accidents sont plus graves. Le malade urine souvent, toujours avec un peu de lenteur et de difficulté; il existe une sensation vague, mais pénible, au pubis, à l'hypogastre, au sacrum; il a un sentiment de malaise et d'inquiétude, son moral ne cesse pas d'être affecté. Ici le praticien doit mettre ses soins à rechercher tout ce qui peut éclairer et assurer le diagnostic. Une ou plusieurs explorations de la vessie, soit avec le cathéter, soit surtout avec le trilabe, lui apprennent qu'il n'existe, ni au col ni au corps de la vessie, aucune lésion de tissu propre à expliquer les désordres; il cherche aussi à reconnaître si le reste de l'appareil génito-urinaire et les autres organes de l'économie n'exercent pas, sur le col

vésical, une action capable d'exaspérer la maladie et de paralyser le traitement. Je suppose qu'en déployant toutes les ressources de l'art, on est parvenu à se convaincre que, ni dans les organes ni dans les produits de leur sécrétion, il n'y a rien qui puisse entretenir l'irritation, l'agacement du col de la vessie. Ce cas, très-fréquent, se rapproche beaucoup de ceux dans lesquels l'irritation est entretenue par une lésion organique, dont la seule absence établit la différence entre eux et lui. Il devient quelquefois fort embarrassant pour les praticiens et désespérant pour les malades. Les uns et les autres n'ont que trop souvent des mécomptes à enregistrer. Il faut les attribuer tantôt à la maladie elle-même, dont les caractères et la marche présentent d'inexplicables bizarreries, tantôt au sujet qui manque de confiance, ou dont la versatilité est si grande, qu'il ne suit pas le traitement avec régularité et persévérance, tantôt enfin, au praticien, que des souvenirs d'école ou des théories spéculatives placent souvent en dehors des voies de la véritable observation.

Dans les maladies de l'urètre, il existe des spasmes et des névralgies dont les caractères les plus saillants sont l'incohérence des symptômes et l'irrégularité de la marche ; ces spasmes jettent le plus grand trouble dans toutes les fonctions. Eh bien ! les désordres sont plus marqués encore lorsque l'état nerveux siége au col de la vessie, et ils le deviennent d'autant plus que l'état morbide est plus ancien, qu'il a été plus fortement modifié, soit par les progrès de la maladie elle-même, soit par les traitements mis en usage. Car c'est surtout ici qu'on est en droit de dire que les traitements hasardés, les manœuvres violentes, et les expérimentations dont quelques hommes de l'art se montrent si prodigues, suscitent trop souvent des maladies bien autrement graves que celle qu'on cherchait à combattre, ou du moins font prendre une physionomie nouvelle à cette dernière. Les malades eux-mêmes, fatigués de traitements inutiles, ont recours à toutes sortes de moyens, dans l'espoir de hâter le moment si désiré de leur guérison, et comme ils sont naturellement nerveux, irritables, exaltés, ils observent rarement une juste mesure à l'égard de ce qu'on leur prescrit. Croyant arriver plus vite au but, ils vont presque toujours au delà de ce qu'il faut faire ; mais autant ils ont d'ardeur dans le premier moment, autant ils sont faciles à décourager. Comme le traitement sera nécessairement long, et d'autant plus que l'état morbide est plus ancien, plus avancé, plus général qu'il a été plus tourmenté par de prétendus moyens curatifs, on ne saurait trop s'attacher à réprimer leurs écarts, à contenir leur impatience.

Voici ce qui a lieu assez souvent dans ces sortes de cas. Un malade

éprouve quelques dérangements dans les fonctions de la vessie; les besoins d'uriner reviennent fréquemment et sans régularité; il ne peut les satisfaire qu'avec peine et gêne. Il consulte un praticien, qui, jugeant l'état peu grave, prescrit seulement des moyens simples, tendant à calmer l'irritation; un léger soulagement survient, mais il ne dure pas. Les accidents reparaissent; alors on a recours à des moyens plus actifs, du ressort tantôt de la médecine et tantôt de la chirurgie. Mais, comme on a toujours de la tendance à faire ce qu'on nomme la médecine symptômatique, les traitements qu'on applique sont calqués sur le symptôme dominant, outre que, fréquemment, ils portent encore le cachet de la théorie du jour. C'est alors qu'on voit apparaître le baume de copahu, la térébenthine, la créosote, etc., s'il y a écoulement urétral ou catarrhe de vessie, et la longue série des procédés de dilatation, de cautérisation ou de scarification de l'urètre, si l'on soupçonne un rétrécissement; car, en général, on ne cherche pas à s'éclairer par des explorations directes; et alors même que celles-ci sont mises en usage, j'ai démontré combien il était facile aux personnes peu exercées dans la pratique du cathétérisme de se méprendre à cet égard, et de trouver des rétrécissements là où il n'y en a point. Ce n'est que par un hasard heureux, mais fort rare, que le résultat des moyens prescrits répond à l'attente; presque toujours, au contraire, les accidents augmentent; ils ont seulement perdu, en partie ou en totalité, leurs caractères primitifs, et se présentent sous d'autres formes. On croit alors qu'il s'agit d'une maladie nouvelle, parce que l'on voit éclater de nouveaux désordres, qui résultent presque toujours des divers traitements mis en usage. Cependant l'état primitif n'en continue pas moins d'exister, masqué ou entièrement défiguré. Si le praticien qui est appelé alors n'a pas une grande habitude de voir ces sortes de malades, s'il ne s'attache point à démêler, dans l'ensemble des phénomènes morbides, ce qui appartient à la maladie primitive, et ce qui tient aux médications employées, il ne sait réellement plus quelle conduite tenir. Sa position est d'autant plus difficile, que, dans un certain nombre de cas, la maladie, même à l'état vierge, présente des symptômes insolites, puisque, comme je l'ai dit et comme on ne saurait trop le répéter, il n'y a pas de formes qu'elle ne puisse revêtir.

Ce qui contribue encore à accroître la confusion, c'est que les effets des névralgies du col vésical ne se manifestent pas toujours dans les organes génito-urinaires. Il y a même des cas où ces derniers sont très-faiblement atteints, tandis que des désordres considérables surviennent en d'autres points sur lesquels toute l'attention se concentre. J'en ai vu de nombreux exemples.

Du traitement des affections nerveuses du col de la vessie.

J'ai insisté sur la nécessité de bien distinguer, parmi les phénomènes de la maladie, ceux qui appartiennent exclusivement à l'action vitale des parties affectées et ceux qui dépendent de l'influence exercée par une lésion organique, soit de l'urètre, de la prostate et de la vessie, soit des reins et des organes voisins. C'est surtout dans le traitement qu'il importe d'avoir cette distinction présente à l'esprit, afin de ne pas lui demander plus qu'il ne peut faire dans telle ou telle série de cas. Il est certain que les moyens dont je vais parler mettent fin à l'exaspération de la sensibilité du col vésical dans les cas de névralgie simple, et qu'ils peuvent aussi devenir fort utiles dans beaucoup d'autres circonstances où l'état nerveux est entretenu par des lésions organiques ou par des causes matérielles permanentes. Mais l'expérience a prouvé aussi que, dans les cas compliqués, l'effet du traitement n'est pas certain et qu'il ne se soutient point. On ne doit donc avoir en vue ici que de diminuer temporairement l'irritabilité du col de la vessie, afin de faciliter l'emploi d'autres moyens. Il ne faut pas demander autre chose à ce traitement, puisque telle est sa portée, telles sont ses vraies limites. Vouloir, comme on le fait souvent, guérir toutes les névralgies par les bougies et les dérivatifs, puis s'élever contre l'efficacité de la méthode parce qu'elle n'a pas réussi dans un cas donné où l'on ne devait pas compter sur un succès durable, c'est tomber dans une étrange illusion. D'un autre côté, il arrive quelquefois que, ne reconnaissant pas d'abord l'existence d'une lésion organique, on considère comme simple une lésion qui ne l'est pas; le traitement ne peut alors avoir qu'un résultat imparfait et momentané, car la sensibilité du col vésical reparaît peu de temps après. Ici encore on commettrait la même erreur que dans le cas précédent, si un examen plus attentif et des explorations plus complètes ne venaient prouver que c'était uniquement au diagnostic qu'il fallait s'en prendre de l'insuccès.

Ceci posé, je passe à l'examen des moyens curatifs.

Dans les cas simples, le traitement est facile à appliquer, et donne un résultat à peu près certain. On introduit tous les jours ou tous les deux jours, suivant l'irritabilité du sujet, une bougie de cire molle, d'un volume faible, c'est-à-dire d'une ligne et demie à deux lignes de diamètre; on la laisse en place pendant trois à dix minutes chaque fois, et pour assurer le succès, il suffit de procéder à l'introduction de cet instrument avec la lenteur et les précautions dont j'ai fait un précepte. Dans les cas les plus simples et les moins anciens, la seule diminution ou modification de la sensibilité locale par le fait de la bougie, est déjà

un grand pas vers la guérison. Je ne crois pas qu'on puisse attribuer aucune action spéciale à cette bougie de cire ; si elle réussit mieux que les autres moyens dont on s'est servi, c'est qu'elle pénètre plus aisément, c'est qu'elle cause moins de douleur, et partant, provoque peu ou point de réaction. Ce résultat, dont je me suis assuré maintes fois dans ma pratique, m'a conduit aussi à ne laisser la bougie en place que pendant quelques minutes, et à diminuer d'autant plus son séjour dans l'urètre qu'elle occasione des sensations plus désagréables au malade. L'expérience a définitivement prononcé là-dessus.

Dans les cas plus avancés et plus graves, où l'action des bougies molles est insuffisante, on a recours aux injections dans la vessie, qui ont été beaucoup trop négligées, mais dont les avantages commencent à être appréciés tant en France qu'en Angleterre. On emploie aussi les douches sur l'hypogastre, le pubis, le périnée, la partie interne et supérieure des cuisses, et même le trajet de l'épine dorsale. Enfin, on applique des dérivatifs, soit à la peau, soit au canal intestinal, et quelquefois sur les deux points à la fois.

J'ai fait connaître le mode d'administration de ces divers moyens. Il suffit donc ici de me résumer en indiquant l'ordre qu'il convient le plus généralement de suivre. Après les bougies, ou même durant les derniers jours de leur emploi, si la vessie se vide incomplétement de son contenu, on pratique des injections, d'abord avec de l'eau tiède, puis avec de l'eau froide. Deux précautions sont indispensables à la réussite de ce moyen, dont l'application est d'ailleurs fort simple, et qui n'exige qu'une sonde et une seringue. La sonde, préférablement en gomme élastique, doit avoir deux lignes de diamètre. Une seringue ordinaire peut suffire ; mais, comme elle est mal construite en général, il vaut mieux en avoir une spéciale, capable de contenir six à dix onces de liquide ; il faut aussi que le piston remplisse exactement l'intérieur du cylindre, et que le bout soit assez effilé pour s'adapter à la sonde. On n'a pas besoin de démonter la seringue pour l'emplir ; on pompe seulement en faisant le vide, et pour chasser l'air qui pourrait être demeuré dans le cylindre, on pousse le piston de bas en haut jusqu'à ce que le liquide commence à sortir. Lorsqu'on fait plusieurs injections coup sur coup, on emplit la seringue et on la dispose pour une seconde injection pendant que le liquide de la première s'écoule par la sonde. Il faut pousser l'eau dans la vessie avec lenteur et sans saccades, en s'arrêtant aussitôt que le malade manifeste le besoin d'uriner ; le besoin se fait sentir d'autant plus vite que la paresse de vessie est moins avancée, qu'on a répété plusieurs fois l'injection, et que l'eau est plus froide. Quelques malades effrayés accusent un besoin qu'ils ne ressentent réel-

lement point ; la vérité se découvre aisément d'après la manière dont le liquide est projeté par la sonde, car, s'il coule en bavant, le besoin est faux. Quant à l'introduction préalable de la sonde, elle exige les mêmes ménagements que celle de la bougie ; elle demande même plus de précautions encore, parce que les sondes causent toujours plus de douleurs que les bougies. La fréquence et le nombre des injections, la quantité et la température de l'eau se règlent, c'est un dogme de thérapeutique, d'après les résultats obtenus, surtout en ce qui concerne la contractilité de la vessie.

Lorsque les injections ne sont pas nécessaires, et aussi quand elles cessent d'être utiles, les douches produisent souvent d'heureux effets. C'est un moyen puissant, et qu'on néglige beaucoup trop dans le traitement des maladies de l'appareil urinaire. Probablement il faut s'en prendre à ce qu'on ne trouve pas partout les appareils nécessaires. J'ajouterai qu'il est assez rare de rencontrer des personnes qui sachent bien doucher, quoique ce soit une chose fort simple ; car il ne s'agit, la composition du liquide étant une fois réglée, que de graduer la chute de l'eau, en tournant le robinet, et de proportionner la force de percussion de la colonne liquide à l'effet qu'on se propose d'obtenir. Or, cette force dépend de la hauteur de la chute, et de la distance à laquelle on tient le robinet vis-à-vis de la personne qui reçoit la douche. Une circonstance pourrait induire en erreur ; en frappant les téguments, la colonne liquide produit une sensation désagréable, que certains malades trouvent pénible, insupportable même ; mais il s'agit là d'un effet moral, plutôt que d'une douleur physique ; on ne doit pas tenir compte d'une répugnance qui est presque toujours le résultat de la crainte, et dont il est facile de triompher.

La nature du liquide n'est point une chose indifférente. Toutes les fois qu'il y a atonie, faiblesse, soit de la vessie, soit des organes génitaux, et que cette atonie n'est point en rapport avec la constitution de l'individu, la douche simple d'eau froide mérite la préférence, si d'ailleurs il n'existe pas de contre-indications. On l'applique principalement sur le périnée, l'hypogastre et la partie supérieure et interne des cuisses. Quand le malade est trop sensible à l'impression du froid, on peut commencer par une petite quantité d'eau tiède ; au bout d'une à deux minutes, l'eau même très-froide est facilement supportée.

Lorsqu'on emploie la douche chaude, l'eau chargée des principes de Baréges ou de Plombières, et quelquefois d'un mélange des uns et des autres, m'a paru mériter la préférence. Il y a une indication spéciale de ces sortes de douches, c'est quand on rencontre la complication avec une affection dartreuse. Ce cas est celui principalement où il convient

de prendre la bain après la douche, toutefois en diminuant la température du liquide. On prend la douche de 35 à 45° R., mais 29 à 30° sont le point le plus convenable lorsque tout le corps est plongé dans l'eau, et quelquefois même il faut descendre encore Les mêmes parties doivent être soumises à l'action de la douche, qui peut aussi devenir très-utile sur le dos, depuis la tête jusqu'à l'anus. — A l'occasion des douches très-chaudes et très-froides, je ferai remarquer que ce n'est pas le point sur lequel frappe la douche qui souffre du froid ou de la chaleur, mais les parties voisines qui reçoivent les éclaboussures. On soustrait les malades à ces impressions désagréables en recouvrant avec un linge sec les parties qui ne doivent pas être douchées; s'il s'agit du froid, l'étoffe sera de laine.

La durée de chaque douche est de dix à vingt-cinq minutes, en ayant soin de la promener à mesure que la partie se fatigue.

Pendant l'usage des douches, il importe d'entretenir le ventre libre, à l'aide de lavements; on insiste, en même temps, sur l'usage de boissons abondantes et d'un régime doux; on a soin aussi d'écarter tout ce qui pourrait entretenir l'irritation des organes urinaires.

Il devient quelquefois nécessaire de produire une dérivation plus forte et plus durable sur les téguments. Les frictions avec la pommade stibiée, telles que je les ai indiquées, méritent la préférence sur les autres dérivatifs qu'on a proposés. Le nombre des applications est déterminé par l'opiniâtreté de la maladie et par les résultats qu'on obtient. Un emplâtre saupoudré de tartre stibié remplace quelquefois les frictions avec avantage.

Les purgatifs sont aussi un moyen puissant, toutes les fois que l'état des organes digestifs permet de les employer sans inconvénients graves. Cependant les purgations fortes réussissent moins bien que les autres dans la généralité des cas. Il vaut mieux recourir à des doses faibles, mais répétées tous les six ou huit jours. Les purgatifs peuvent être associés aux dérivatifs extérieurs; on alterne ces deux ordres de moyens; on les fait succéder l'un à l'autre, avec une foule de modifications qu'il serait inutile d'indiquer ici, car tout praticien exercé sait en juger au besoin.

Je ne saurais trop répéter, à l'occasion des dérivatifs, qu'ils ne réussissent pas quand on les emploie avant d'avoir changé le mode de la sensibilité du col vésical, spécialement par l'usage des bougies, ou que l'effet, si l'on en obtient un, ne se soutient pas. Chaque jour il m'arrive des malades qui ont eu recours aux méthodes dérivatives les plus énergiques sans aucun succès, tandis que j'en retire les meilleurs effets en observant les précautions qui viennent d'être indiquées.

Je ne m'étendrai pas davantage sur les détails du traitement des affections nerveuses simples. Ce que je viens d'en dire suffit pour avoir convenablement fixé le lecteur à cet égard.

Dans les névralgies du col vésical, aussi bien que dans quelques états nerveux de l'urètre, la guérison est si rapide, et parfois due à l'emploi de si petits moyens, qu'on peut se croire en droit de la regarder comme un simple effet du hasard. En effet, il y a des malades qui cessent tout à coup de souffrir après avoir été sondés; chez d'autres, en plus grand nombre, les accidents disparaissent après l'introduction de la troisième ou quatrième bougie. On ne savait pas pourquoi ces accidents existaient, et l'on ne sait pas davantage pourquoi ils se sont éteints, car il n'y a eu qu'une faible perturbation; mais elle a suffi pour faire rentrer dans leur état normal les propriétés vitales qui étaient viciées, altérées d'une manière à nous inconnue. Ce qu'il y a de plus favorable ici, c'est qu'on peut graduer l'action des moyens curatifs suivant l'exigence des cas, en prenant pour guide les effets obtenus par la médication de la veille.

Toutefois, il y a des mécomptes comme le savent tous ceux qui ont eu affaire à ces sortes de maladies; c'est pour cela que je dois placer ici quelques nouvelles remarques.

Voyant combien le traitement était simple et facile, j'ai conseillé à plusieurs malades qui ne pouvaient réclamer les soins d'un praticien exercé, de le suivre eux-mêmes. Presque toujours j'ai eu à me repentir d'avoir donné ce conseil. La plupart des malades, même les plus attentifs et les plus aptes à exécuter ce que je leur avais bien expliqué, ont échoué, et sont revenus me trouver dans une position plus grave que par le passé. L'introduction de la bougie, faite, ou par le sujet lui-même, ou par un médecin sans expérience, avait fatigué l'urètre, au lieu d'en modifier l'irritabilité. Cet effet m'a paru tenir à ce que généralement on procède avec brusquerie; si la bougie ne pénètre pas de suite dans la vessie, on la retire, puis on la replace et on la pousse; elle heurte contre les parois de l'urètre, et finalement fait plus de mal que de bien. Ce premier point manqué, on échoue dans tout le reste, car j'ai souvent constaté qu'on ne réussit à ramener la sensibilité de l'urètre à son état normal qu'après l'avoir modifiée par l'action des bougies. Ainsi, chez des malades qui ne pouvaient donner que peu de jours au traitement, j'ai eu de suite recours aux injections froides, aux douches, aux dérivatifs, etc.; ils ne guérissaient pas, et quelques-uns même éprouvaient des perturbations qui ébranlaient la santé générale. Le même résultat a eu lieu lorsque je n'ai pas suffisamment insisté sur l'emploi des bougies; le passage de la sonde, qui est toujours plus dou-

loureux que celui de ces instruments, a entraîné une réaction trop brusque et trop forte, dont les malades se sont mal trouvés; on a été obligé de revenir à l'emploi des bougies, et parfois même il est resté une irritabilité telle qu'on a dû ajourner tout traitement. Je crois inutile de donner ici les détails de ces faits, qui sont nombreux; rapprochés de ceux dans lesquels l'introduction mal dirigée de la bougie avait fatigué l'urètre, ils prouvent l'indispensable nécessité de remplir à la rigueur la première indication du traitement, dont l'importance n'est point sentie d'une manière assez générale.

Il en est de même de la seconde, c'est-à-dire des injections dans la vessie. Si la sonde n'est pas introduite avec précaution, elle irrite l'urètre et le col de la vessie, et cette surexcitation nuit plus que l'injection n'est utile. Ainsi le traitement peut échouer par le seul fait de la manière de procéder. La température du liquide à injecter n'est point indifférente. A moins d'une grande insensibilité de l'appareil urinaire, spécialement de la vessie, la prudence veut qu'on n'emploie pas d'abord de l'eau froide; on n'y a recours qu'à la troisième ou à la quatrième fois, surtout lorsque la vessie ne réagit pas, qu'elle se contracte faiblement, qu'elle est frappée d'atonie; mais, si elle se resserre avec force pour chasser le liquide, si le malade éprouve un pressant besoin d'uriner aussitôt après qu'on a introduit une petite quantité d'eau, les injections deviennent inutiles, et à plus forte raison, ne faut-il pas recourir à l'eau froide. Dans les cas, au contraire, où les injections ne sont repoussées qu'avec faiblesse et lenteur, quand le liquide ne coule qu'en bavant, on doit insister sur l'emploi de l'eau froide. Ainsi, pour les injections, comme pour les douches et les bougies, il y a des écueils à éviter; il faut tenir compte d'une foule de circonstances qui semblent d'abord sans portée, et à l'influence néanmoins desquelles se trouve attachée la réussite du traitement.

Lorsqu'on est parvenu à rétablir la sensibilité de l'urètre et à régulariser les fonctions de la vessie, il reste la série des dérivatifs dont l'expérience a constaté l'efficacité dans beaucoup de cas. Quoique cette partie du traitement ne réclame pas la même précision manuelle dans son application, il n'en faut pas moins procéder avec méthode et proportionner les effets aux besoins. Sous ce point de vue aussi, le traitement ne présente que trop souvent des irrégularités qui le rendent inutile.

Parmi les causes d'insuccès se rangent encore le défaut de confiance et la versatilité, soit des malades eux-mêmes, soit des personnes qui les entourent.

Beaucoup de malades, s'ils n'obtiennent pas guérison, ou du moins

un soulagement notable dans un très-court délai, se découragent, et, quoique ne renonçant pas précisément au traitement, ils ne le suivent plus avec exactitude, et cessent de s'imposer les privations qu'on leur a recommandées. Ceux-là ne guérissent pas pour peu que l'affection soit grave. Or, comme la plupart ont lu des livres de médecine, si propres à troubler leur esprit, ce n'est plus seulement des désordres physiques qu'il faut combattre, on a aussi à lutter contre une puissance morale plus ou moins énergique. J'ai vu plusieurs de ces malades qui ne voulaient même pas permettre qu'on fît les explorations nécessaires pour s'assurer de l'état de leurs organes. C'est surtout dans les cas compliqués qu'on voit apparaître cette fâcheuse influence. Là, en effet, le traitement est toujours long; la guérison marche avec lenteur et rarement avec régularité; il y a des interruptions, des recrudescences pendant lesquelles les souffrances reparaissent tout aussi vives qu'au premier abord. Ces cas peuvent devenir d'autant plus embarrassants pour le praticien, qu'il n'a pas reconnu ou qu'il ne connaît point encore la complication qui est presque toujours la cause des exaspérations; car, lorsque celles-ci dépendent de causes accidentelles, les effets cessent bientôt.

CIVIALE.

RECHERCHES SUR LES FRACTURES DES CARTILAGES STERNO-COSTAUX ET SUR LEUR TRAITEMENT, PAR M. MALGAIGNE.

Je me propose, dans cet article, de faire l'histoire d'une fracture qui se présente assez rarement dans la pratique, et qui d'ailleurs n'a pas grande gravité par elle-même; mais qui, si peu grave qu'elle soit, n'en est pas moins restée jusqu'à présent rebelle aux tentatives des chirurgiens, lesquels même, pour la plupart, ont conseillé de l'abandonner à la nature. Malgré cette triste recommandation, j'ai obtenu, dans un cas qui s'est offert à moi, un succès complet, par des moyens assez simples; et, comme la pathologie de cette lésion n'a pas été moins négligée que son traitement, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de réunir sous un même point de vue les données déjà acquises et les résultats de mes propres recherches.

La fracture des cartilages sterno-costaux est en quelque sorte une lésion toute moderne. J'en ai cité, dans mon mémoire sur les fractures des côtes, un cas reconnu à l'autopsie, dès 1698, sur un homme de cinquante ans, sur le dos duquel avait passé une voiture pesamment

chargée, et qui succomba, le onzième jour, aux suites de cet accident. Entre autres désordres, on constata que *les cartilages des côtes inférieures du côté gauche avaient été rompus vers le sternum*. Nul autre détail; et cette observation était restée parfaitement ignorée, et l'on ne croyait pas même que ces cartilages fussent susceptibles de se fracturer, lorsqu'enfin, à une époque bien rapprochée de nous, Boyer donna le premier une rapide histoire de ces fractures. Voici ce qu'il en dit de plus essentiel.

« Jusqu'ici c'est entre la cinquième et la huitième côte que la fracture des cartilages a été observée. Au lieu d'être inégale et oblique, comme celle des côtes, la fracture des cartilages est nette et perpendiculaire. Les fragments n'en restent pas en rapport : ils éprouvent un déplacement qui assez constamment a lieu dans le même sens; c'est presque toujours le fragment interne qui se porte en avant et anticipe un peu sur l'externe... La réduction n'est pas difficile; le moindre effort suffit pour mettre en contact les fragments, surtout si l'on saisit le moment de l'inspiration pour agir; mais aussi rien n'est plus difficile que de les maintenir réduits, et, quoi qu'on ait fait jusqu'ici, on n'a jamais obtenu une consolidation des fragments que dans l'état de déplacement où ils se sont trouvés dès le premier moment de la fracture. »

En conséquence, Boyer déclare inutiles les moyens dont le but serait d'obtenir une guérison plus parfaite. Tout au plus convient-il d'assujettir les parois du thorax, comme dans la fracture des côtes, afin d'éviter, autant que possible, la mobilité des fragments. Le reste du chapitre est consacré à une théorie du déplacement sur laquelle j'aurai à revenir, et à l'indication de ce fait remarquable que, dans les pièces anatomiques relatives à cette fracture, on a constamment trouvé les fragments chevauchant l'un sur l'autre, et entourés d'une virole osseuse.

C'est à M. Magendie que l'on doit surtout la constatation de ce fait; il faut dire cependant que Lobstein l'avait annoncé avant lui. Dans un compte rendu des travaux de la faculté de Strasbourg, publié en 1805, Lobstein avait décrit une fracture d'un cartilage entourée d'une virole osseuse, et il avait fait remarquer cette nature étrange du cal, tandis que le mémoire de M. Magendie ne fut lu à la Société anatomique que le 22 mai 1806.

M. Magendie avait vu trois cas de fractures consolidées. Le premier, sur le cadavre d'un homme de trente ans : la fracture occupait le cartilage de la huitième côte; le fragment interne chevauchait par-dessus l'externe, et, quoiqu'ils eussent conservé tous les caractères des carti-

lages, la réunion s'était faite par un cal osseux, fort inégal, et qui entourait, comme une virole, les fragments chevauchés. Le deuxième avait été rencontré par M. Aumont, sur le cadavre d'un homme adulte; puis M. Magendie avait trouvé le troisième sur le cadavre d'une femme de quarante ans : la fracture occupait ici le cartilage de la première fausse côte; dans le cas précédent, celui d'une des vraies côtes, il n'est pas dit de laquelle. Le déplacement et la virole étaient d'ailleurs en tout semblables à la première pièce.

Mais, en outre de ces fractures anciennes, M. Magendie avait vu encore deux cas de fractures récentes, le tout, chose singulière, dans le court espace de deux ans. Dans un cas, il s'agissait d'un maçon de soixante ans, tombé d'un échafaudage, et mort à Saint-Louis, quelques heures après. On avait noté, pendant la vie, à la partie antérieure inférieure et droite de la poitrine, une dépression considérable, mais qui avait été prise pour un vice de conformation. L'autopsie fit voir que ce prétendu vice de conformation était une fracture avec enfoncement et chevauchement des cartilages des sixième, septième et huitième côtes. Le chevauchement avait lieu comme dans les cas précédents, mais à un degré extraordinaire. Les fragments, dit M. Magendie, *anticipaient l'un sur l'autre d'environ un pouce;* et quelque effort qu'il fît, il lui fut *impossible de remettre les surfaces fracturées en contact.*

Un chevauchement aussi considérable, si on le rencontrait sur le vivant, serait probablement plus aisé à réduire que sur le cadavre, à raison de la dilatation de la poitrine dans l'inspiration; d'ailleurs il faut, pour le produire, une séparation absolue du sternum de plusieurs des cartilages inférieurs, comme dans l'observation qu'on vient de lire.

La dernière enfin a pour sujet une fracture d'un seul cartilage; elle vérifie complétement ce que nous avons vu énoncer par Boyer; mais, comme les propositions les plus précises saisissent bien moins l'esprit que le fait même, je vais reproduire celui-ci, en laissant parler l'auteur.

« Peu de temps après, un de ces hommes qui viennent chaque année à Paris, faire le commerce des fruits, me fit appeler. Il venait de tomber à la renverse dans un escalier, et avait roulé jusqu'en bas, entraîné par sa hotte pesamment chargée. Je me rendis chez lui avec M. Legouas. A notre arrivée, cet homme se plaignait d'une violente douleur à la partie inférieure et droite de la poitrine. Nous examinâmes attentivement l'endroit douloureux, et nous reconnûmes une fracture du cartilage de la première fausse côte droite : le fragment externe était,

comme dans les cas déjà rapportés, placé derrière l'interne, et y correspondait de la même manière. Ce qui nous parut digne de remarque, fut la facilité de la réduction ; en effet, repoussant les parois de l'abdomen avec l'extrémité de la main gauche, plaçant l'indicateur et le médius de la même main sur l'extrémité du fragment externe, et tirant en dehors ; puis, posant l'indicateur et le doigt du milieu de la main droite sur le bout du fragment interne, et tirant en dedans, il nous fut aisé de mettre les surfaces cassées en rapport. Mais, au premier mouvement inspiratoire du malade, les fragments se chevauchèrent subitement, en faisant entendre un bruit sourd. Nous réduisîmes de nouveau, et nous crûmes pouvoir empêcher le déplacement, en superposant à l'endroit fracturé un grand nombre de compresses serrées fortement par un bandage de corps. Ce fut inutilement : une inspiration un peu étendue causa de nouveau le déplacement. Nous tentâmes encore plusieurs moyens ; mais le même accident se renouvelant toujours, nous renonçâmes tout à fait à la réduction, et les fragments se consolidèrent, comme dans la première observation, au moyen d'un cal volumineux et irrégulier. »

Ainsi, dans tous ces cas, le déplacement avait toujours eu lieu dans le même sens ; aussi M. Magendie en avait fait une loi générale pour ces fractures, et il ajoutait que les causes en étaient faciles à saisir. Déjà cependant Boyer avait en quelque sorte nié la constance de ce phénomène. Delpech apporta un fait à l'appui de l'opinion de Boyer. « Si la fracture a lieu près du sternum, dit-il, le fragment interne se porte en avant et croise l'externe ; le contraire arrive si la fracture a lieu plus près de la côte. » Et il ajoute en note : « Nous avons observé ce dernier cas. » Il partageait d'ailleurs les idées de Boyer sur la presque impossibilité de maintenir la réduction ; la compression circulaire de la poitrine lui semblait bien plus propre à rétablir le déplacement, et cependant il l'adoptait, pour obtenir du moins l'immobilité et la réunion médiate des fragments.

Depuis lors, au reste, le dogme paraît fixé, et je n'ai plus à ajouter ici que des faits isolés, qui ne changent rien à la pratique.

Ainsi, M. J. Cloquet a ajouté un trait qui manquait à la description anatomique de M. Magendie, c'est-à-dire que les extrémités de chaque fragment demeurent isolés dans la virole. M. Velpeau a observé deux cas où le fragment interne avait passé en arrière de l'externe. M. Leudet a publié un fait recueilli à l'hôpital de Rouen, et dans lequel cinq cartilages à la fois avaient été fracturés, première et unique exception à la proposition de Boyer, qui limitait ces fractures à quatre cartilages. Et, enfin, M. Bérard jeune a tenté sur le cadavre quelques expériences

curieuses : leur histoire est restée malheureusement isolée et sans conclusion.

« Diverses expériences faites par nous à ce sujet, dit-il, ont prouvé que, dans certains cas, la rupture se faisait entre la côte et son cartilage de prolongement, par un véritable décollement analogue à celui qui arrive aux épiphyses des jeunes sujets... Les fragments conservent leurs rapports après l'accident, ou bien ils cessent d'être en contact, et alors presque toujours le fragment interne vient faire saillie au-devant de l'externe. « Là se termine l'histoire de ces fractures en France, et il est à remarquer que, jusqu'à présent, elles n'ont encore rien reçu des chirurgiens étrangers. Toutefois les expériences de M. Bérard nous obligent à y rattacher quelques mots écrits par A. Cooper, mais sous le titre de luxations des côtes.

« Quelquefois, dit-il, mais très-rarement, un cartilage est séparé par une violence extérieure de l'extrémité antérieure de la côte, et fait saillie à la surface de celle-ci. Le traitement de la fracture des côtes convient ici. Il faut commander au malade de faire une profonde inspiration, et en même temps pousser en arrière l'extrémité saillante du cartilage ; il faut ensuite placer sur la côte une pièce de carton mouillée, qui recouvre en même temps la côte supérieure et la côte inférieure, avec leurs cartilages. Ce carton, en se desséchant sur la poitrine, revêt la forme exacte des parties, empêche les mouvements, et offre le même appui qu'une attelle dans la fracture des membres ; il est fixé par une bande de flanelle au thorax. »

Je ne sais si A. Cooper avait eu occasion d'employer l'appareil qu'il préconise ; mais la comparaison dont il se sert n'est pas heureuse. Quand il y a une saillie sous-cutanée d'un fragment dans une fracture quelconque, et que ce fragment, une fois réduit, manifeste une tendance incessante à se déplacer de rechef, on sait bien que rien n'est plus dangereux que de le vouloir comprimer avec une attelle. J'ai cru cependant un instant, sur la foi d'A. Cooper, qu'en vertu de la longueur et de l'élasticité des fragments, dans les fractures des cartilages sterno-costaux, la compression serait moins périlleuse ; j'ai essayé l'attelle de carton, je dirai tout à l'heure comment j'ai été contraint d'y renoncer.

En résumant tout ce qui vient d'être dit, on voit que deux déplacements tout à fait opposés avaient été observés sur le vivant, dans des fractures semblables en apparence, et que sur le cadavre, on avait produit une autre espèce de fracture sans déplacement ; voilà pour la pathologie.

Et quant au traitement, il était nul en France, et irrationnel et dangereux en Angleterre.

Déjà pourtant, dans mon *Anatomie chirurgicale*, j'avais décrit deux pièces anatomiques qui se trouvent au musée Dupuytren, dont l'une, offrant une fracture avec chevauchement, n'apportait rien de nouveau à la science; mais l'autre, consolidée presque sans déplacement, démontrait déjà, ou bien que le déplacement n'était pas constant dans cette sorte de fracture, ou bien qu'il était possible d'y remédier.

Evidemment, on ne pouvait espérer de vaincre la tendance perpétuelle au déplacement, qu'après en avoir découvert la cause. Les chirurgiens s'en étaient bien occupés, mais fort à la légère, et comme d'un objet de théorie pure. Nous avons vu que M. Magendie s'était borné à déclarer cette étiologie très-facile; Boyer, qui n'est pas très-clair en cette occasion, avait fait remarquer que les cartilages ne sont liés entre eux que par les muscles intercostaux externes, et que les côtes sur lesquelles la fracture des cartilages avait été observée étaient celles où se portaient les digitations les plus horizontales du muscle triangulaire du sternum. Pour Delpech, c'était le triangulaire qui déterminait les deux espèces de déplacement, selon le siége de la fracture, et les insertions des digitations du muscle sur l'un ou l'autre des fragments. M. Velpeau ne se rend pas bien raison du déplacement avec enfoncement du fragment interne; quant à l'autre, il a presque toujours lieu, attendu, dit le chirurgien, que le muscle grand pectoral réagit avec plus ou moins de force sur le fragment sternal, pendant que le triangulaire du sternum tend à entraîner l'autre. Et cependant, un peu plus loin, oubliant la permanence de la cause qu'il vient d'invoquer, M. Velpeau ajoute : « Leur élasticité (des cartilages) fait aussi qu'une fois brisés, il leur arrive de reprendre si bien leur place, qu'aucune espèce de déplacement n'a lieu, quoique la cause fracturante ait pu en porter très-loin les fragments du côté des viscères. »

A la bonne heure; mais cette élasticité agit toujours; mais l'action des muscles n'est pas moins constante. Et comment s'arrangent donc ces deux forces constantes, et pourtant opposées?

C'étaient là de pures théories de cabinet; et malheureusement nous en avons beaucoup de ce genre. Aussi, dès 1837, ayant à aborder cette question dans mon *Traité d'Anatomie chirurgicale*, j'avais commencé une série d'expériences qui m'avaient conduit à de tout autres idées. Je les ai répétées et variées un assez grand nombre de fois pour me borner à exposer ici les principales, que toutes les autres n'ont fait que reproduire.

Sur un sujet robuste, et de vingt-six ans environ, je coupai les cartilages des troisième, quatrième, cinquième, sixième et huitième côtes du côté droit, à une distance variée du sternum. Le sujet était couché

sur le dos ; tous les fragments externes firent saillie en avant, et d'autant plus qu'ils réunissaient ces deux conditions, d'appartenir à des côtes plus inférieures, et d'être coupés plus près des côtes. Je fis coucher le cadavre sur le côté droit ; les fragments du troisième et du quatrième cartilage se remirent de niveau ; mais le fragment interne du troisième débordait un peu l'autre par son bord supérieur, et la section semblait bâiller davantage vers le bord inférieur. Pour le quatrième et le cinquième cartilage, le fragment sternal fit saillie en avant ; pour le huitième, il resta déprimé en arrière. Le sujet couché sur le côté gauche, ce même fragment sternal de la huitième côte fit une forte saillie en avant ; au contraire, ceux des côtes supérieures étaient reportés en arrière, à tel point qu'il y avait un chevauchement très-notable pour le cinquième et le sixième cartilage. Enfin, le sujet étant mis dans la station assise, le tronc maintenu bien droit, tous les fragments internes firent saillie en avant, ce qui était tout l'opposé du décubitus sur le dos.

Sur un sujet adulte, je coupai successivement les cartilages des quatre côtes les plus sujettes à ces fractures, de la cinquième à la huitième. Le sujet étant couché sur le dos, toujours le fragment externe fit saillie en avant ; la saillie était d'autant moins prononcée que la section était plus rapprochée du sternum : ce que je m'expliquai par le resserrement des espaces intercostaux, et le raccourcissement des fibres musculaires et tendineuses qui fixent les cartilages les uns aux autres. Rien, au reste, n'était plus facile que de déprimer le fragment saillant ; bien plus, en appuyant assez fortement, on le faisait passer en arrière du fragment sternal, et alors il se produisait un véritable chevauchement. En mettant le sujet sur son séant, les fragments internes faisaient d'eux-mêmes saillie en avant, comme dans l'expérience précédente.

J'ai essayé plusieurs fois de casser les cartilages sans entamer la peau ; je n'ai pu y réussir qu'une seule fois, sur un sujet un peu maigre. Un de mes élèves, homme de fortes proportions, monta tout debout sur la partie inférieure du sternum, pressant doucement avec le talon de la botte, et d'abord nous ne réussîmes qu'à le déprimer presque jusqu'à toucher le rachis. Enfin, je fis presser avec une légère secousse, et un craquement annonça la fracture du cartilage de la cinquième côte droite, reconnaissable à la saillie en avant du fragment externe. Mais quand je voulus faire changer de position au cadavre, je fus fort étonné de voir persister ce même déplacement. La dissection nous rendit compte du fait : ce cartilage était articulé par une large apophyse avec celui de la sixième côte. Je divisai cette adhérence ; alors la saillie en avant augmenta dans le décubitus sur le dos ; mais en tenant le sujet assis,

elle disparaissait complétement, sans cependant laisser la place à une saillie du fragment interne.

Si l'on coupe isolément les cartilages de la septième et de la huitième côte, en respectant toutes leurs adhérences, à peine s'il y a du déplacement, surtout pour la huitième.

Enfin, il m'a paru que chez les vieillards, les déplacements étaient bien moins prononcés que chez les sujets plus jeunes.

Il résulte de tout cela que le déplacement n'est pas limité au fragment saillant, mais qu'il faut tenir compte de l'enfoncement de l'autre; que quand on repousse en avant le fragment enfoncé, comme, par exemple, dans le décubitus sur le dos, on peut s'abstenir d'une pression si forte sur l'autre, ou même il n'est besoin d'aucune pression. Quant à certaines variétés de déplacement que le lecteur a pu remarquer dans ces expériences, je les ai racontées comme je les ai obtenues, et il ne serait pas facile peut-être d'en donner toujours l'explication.

Mais ce qui reste clair et manifeste pour tout le monde, c'est l'inanité des théories qui voulaient en rendre compte par l'action musculaire, à l'exception peut-être des énormes chevauchements tels que celui dont M. Magendie a été témoin. Il n'y a plus de puissance musculaire sur le cadavre ; tout est dû, soit à l'élasticité des cartilages, soit à certaines pressions extérieures, peut-être aussi à la traction des viscères. Quelle que soit l'idée qu'on adopte à cet égard, voilà les faits; et ils sont concluants pour la thérapeutique.

Ainsi, dans beaucoup de cas, il suffirait de tenir le sujet couché pour remédier au déplacement. Mais bien peu de malades se soumettraient à cette nécessité pour une affection si légère; il fallait donc remplacer la pression du lit par une autre pression qui repoussât le fragment interne en avant; en même temps, il était nécessaire d'agir sur l'autre pour le reporter à son tour un peu en arrière, ou tout au moins pour les maintenir ensemble au même niveau. Enfin, comme la poitrine du vivant est agitée de mouvements par le va-et-vient respiratoire, il était utile que les moyens employés pussent suivre les côtes dans ces mouvements, en agissant toujours avec une égale puissance, et sans jamais les abandonner.

Il me parut que toutes ces conditions seraient remplies par l'application d'un appareil qui n'a d'ailleurs rien de nouveau en soi; c'est tout simplement le bandage anglais simple pour la hernie inguinale, c'est-à-dire un ressort elliptique faisant un peu plus que le demi-tour du corps, et dont les extrémités sont armées de pelotes qui compriment en sens inverse, mais au même niveau. La pelote de derrière, agissant sur la convexité des côtes, les repousserait en avant avec toute la force

que je voudrais donner au ressort ; la pelote antérieure réagirait sur le fragment interne, et, le ressort étant maintenu en place par cette double pression, il ne serait pas besoin de comprimer circulairement la poitrine. L'occasion ne tarda pas à se présenter d'en faire l'expérience.

Le 6 septembre 1837 il se présenta à ma consultation, à l'hôpital Saint-Louis, le nommé Langlais, âgé de dix-sept ans, cordonnier, qui se plaignait d'une vive douleur à la partie antérieure droite de la poitrine. Dix jours auparavant, en courant vers un escalier, il avait été très-fortement heurter l'extrémité de la rampe, qui avait atteint le côté droit du sternum, au-dessus du cartilage xiphoïde. Il continua cependant à travailler pendant trois jours ; mais le quatrième, ressentant, suivant son expression, *comme une barre* dans le lieu frappé, il garda le repos ; et le repos n'ayant rien produit, il s'était décidé à demander conseil.

Il y avait une fracture manifeste du cartilage de la cinquième côte droite, à environ un pouce du sternum. Le sujet étant debout, le fragment interne faisait une notable saillie en avant. Une légère pression suffisait pour effacer cette saillie ; elle disparaissait également en gonflant la poitrine par une forte inspiration. J'engageai le malade à entrer à l'hôpital, où il vint en effet le 8 septembre. Alors nous pûmes essayer l'influence du décubitus. Quand il était couché sur le dos, la saillie diminuait un peu ; couché sur le côté gauche, elle augmentait ; sur le côté droit, elle diminuait beaucoup, mais sans disparaître absolument. Je fis appliquer durant deux jours un bandage de corps, qui resta parfaitement inutile ; et le 10 septembre, j'appliquai le bandage anglais.

Afin d'avoir un niveau plus exact, j'avais d'abord jugé convenable de recouvrir le lieu de la fracture d'une attelle de carton mouillé, selon le précepte d'A. Cooper ; mais quelques jours après, le malade se plaignant d'une douleur superficielle, j'examinai la partie, et je trouvai que les points de la peau qui répondaient à la saillie du fragment et à la portion correspondante de la sixième côte étaient bleuâtres, comme meurtris, en un mot, tout près de se mortifier si l'on avait continué la compression. J'enlevai dès lors l'attelle ; je me contentai d'une compresse de linge bien mou ; et même, pour adoucir encore l'effet de la compression, j'ajustai à l'extrémité antérieure du ressort une pelote en caoutchouc remplie d'air. Toute douleur cessa dès ce moment. Le malade était levé toute la journée, la nuit il reposait à volonté sur un côté ou sur l'autre ; et lorsque je levai l'appareil, le 30 septembre, ni l'œil ni le doigt ne pouvaient saisir aucune saillie le long du cartilage blessé ; la pression n'y déterminait ni enfoncement ni douleur ; en un mot, nous avions la réunion la plus belle qu'il fût possible d'espérer.

Ici donc il n'y a pas eu de virole, ou du moins elle est restée incomplète, et la pression l'a empêchée de se développer sur la face externe du cartilage. Mais n'en serait-il pas de cette virole comme du fameux cal provisoire, qui ne manque jamais dans les fractures mal réduites, et qui manque si souvent dans les autres? Ne pourrait-il pas même s'opérer une réunion immédiate des cartilages chez les jeunes sujets? J'avais dessein de tenter dans cette direction quelques expériences sur des animaux vivants; je n'ai pu encore mettre ce projet à exécution.

Nous avons vu que, sur le cadavre, quelques-unes de ces divisions ne s'accompagnent point de déplacement; et la pièce anatomique qui se voit au musée Dupuytren, semble prouver qu'il peut en être de même sur le vivant On comprend qu'alors le diagnostic serait assez difficile; mais en revanche le traitement serait des plus simples. Voici un cas où j'ai soupçonné la fracture, et c'est par là que je finirai.

Il vint à ma consultation un vidangeur, homme robuste et de haute taille, âgé de vingt-trois ans, nommé Auvril, lequel, la veille, en faisant rentrer des voitures de vidange, avait eu la poitrine prise entre le timon de devant de la voiture de derrière et le timon de derrière de la voiture de devant. L'un avait appuyé sur le côté gauche du thorax, au niveau de l'extrémité du sternum, et un peu en avant du diamètre transversal; l'autre sur le côté opposé, au même niveau, et un peu en arrière de ce même diamètre. Une vive douleur s'était aussitôt fait sentir vers l'extrémité costale des cartilages des septième et huitième côtes droites, douleur qui augmentait par l'inspiration, et surtout par la pression. Mais l'épaisseur de la peau et des chairs, et peut-être aussi l'absence du déplacement, ne me permit pas de reconnaître directement la fracture des cartilages, bien qu'elle ne me paraisse guère douteuse. Je me bornai à l'application de compresses trempées dans de l'eau blanche et d'un bandage de corps.

MALGAIGNE.

RÉFLEXIONS SUR LA GUÉRISON DU BÉGAIEMENT PAR LA SECTION DES MUSCLES DE LA LANGUE.

Depuis deux mois on s'est beaucoup occupé à Paris d'une opération nouvelle faite sur les muscles de la langue, pour guérir le bégaiement. Dès qu'un journal eut annoncé, le 1er février dernier, que le bégaiement venait d'être guéri par le professeur Dieffenbach, au moyen d'une opération faite sur la langue, sans indiquer cependant en quoi consistait cette opération, je réfléchis à ce sujet, et bientôt, m'étant livré à plusieurs

essais sur le cadavre, je fus le premier qui pratiquai, le 6 février, sur deux bègues, la section des génio-glosses. Le jour même, ces deux sujets furent présentés à la société de médecine du douzième arrondissement, et le 8 février, je communiquai ces résultats à l'Institut. Ce n'est que plusieurs jours après, le 14 février, que M. Velpeau d'abord, et M. Amussat ensuite, pratiquèrent leur première opération.

Je ne dirai pas ici toutes les discussions de priorité qui ont eu lieu, discussions qui, de la part d'un chirurgien surtout, n'ont pas eu toute la convenance désirable.

Aujourd'hui qu'on n'est plus si préoccupé des débats soulevés par cette opération nouvelle, l'on peut se demander si on n'a pas trop oublié les titres de celui qui, depuis longtemps, a le plus travaillé à guérir cette affection. Je veux parler de M. Colombat de l'Isère. Depuis plusieurs années, cet ingénieux chirurgien a fait une opération sous la langue pour la rendre plus libre, et pour préparer ses malades à l'application de son mode de traitement. Certes, si un chirurgien a des droits à faire valoir pour réclamer la priorité d'une idée sur cette matière, c'est M. Colombat.

Dans les premiers jours du mois de mars, M. Dieffenbach écrivit à l'Institut, afin de faire connaître sa méthode, ou plutôt ses méthodes opératoires. Le chirurgien de Berlin n'attribue pas le bégaiement à une contraction d'un des muscles de la langue, mais à une altération de l'innervation de tout cet organe; et, partant de cette idée, il coupe la langue en travers à sa racine, le plus près possible de la glotte. Par une autre méthode, il en emporte un morceau triangulaire, et les deux bouts de la langue sont réunis par des points de suture. Il dit avoir opéré dix-neuf personnes, et avoir toujours réussi non-seulement à guérir le bégaiement, mais encore à faire cesser les mouvements de contraction des muscles de la face et du cou.

L'opération que l'on fait communément à Paris, consiste dans la section des génio-glosses, à leur attache à l'apophyse géni. Et, à ce sujet, je ne puis m'empêcher de citer un fait assez plaisant, pour montrer combien la manie de créer un procédé est grande chez quelques hommes. M. Velpeau coupe les muscles génio-glosses à leur racine à l'apophyse géni; et M. Baudens a l'aplomb d'imprimer : « Cette méthode n'appartient qu'à *nous seul;* elle consiste à ne couper que *les tendons* des muscles génio-glosses. »

Les préoccupations ont été si grandes depuis les premières opérations, que quelques opérateurs ont été aveuglés au point de ne voir partout que la contraction musculaire; c'est ainsi, par exemple, que M. Amussat ne voit que des langues déviées à droite ou à gauche, de

même que M. Guérin ne voit que des yeux déformés dans les cas de strabisme. M. Amussat fait tirer la langue à de pauvres bègues pour voir une déviation, et il la voit lui, lorsque pour tout le monde elle est parfaitement droite. Dominé par cette idée de la contraction, il coupe toutes les langues qui se présentent à lui, et ensuite il fait parler les sujets, qui répètent tous la même phrase. Ainsi, ils disent très-proprement : *bonjour, monsieur... bonjour, madame... caporal, hors la garde...* Cette manière de faire de la chirurgie est déplorable; on a trompé les praticiens de la province, en leur faisant croire que chaque coup de ciseaux donné sur ou sous la langue produisait une guérison. Il est temps enfin que ce scandale finisse. Non, chaque bègue ne peut pas être guéri en lui déchiquetant la bouche; il en est qui n'éprouvent même aucune amélioration après avoir subi cette opération. Ce qu'il est important de faire dans ce moment où l'on coupe sans raison, c'est de chercher à établir les indications où l'opération peut être de quelque utilité.

M. H. Mac Cormac affirme qu'avec l'attention la plus ordinaire, chacun peut se guérir en peu de temps, et avec la plus grande facilité, du bégaiement le plus opiniâtre et le plus invétéré, quelles qu'en aient été les causes.

Ce médecin dit que, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, le bégaiement reconnaît pour cause l'absence de l'air dans les poumons, lorsque le bègue veut articuler des mots.

On a également attribué le bégaiement à un relâchement du frein de la langue, au volume trop grand de cet organe, à des altérations, à des changements de rapport des parties de la bouche, telles que l'arcade alvéolaire, des trous au voile du palais, des tumeurs à la base de la langue, à *une altération nerveuse de la langue.*

C'est pendant un voyage que ce médecin fit à New-York qu'il vit Mme Leigt. On connaît les succès obtenus par cette dame, en enseignant à respirer et à parler en mesure aux personnes bègues.

Lorsque le bègue veut parler trop rapidement, il bégaie davantage. Ce défaut n'est pas toujours au même degré chez le même sujet; tantôt il bégaie avec force, tantôt faiblement, et, dans certaines conditions, il éprouve une impossibilité complète, momentanée, de prononcer quelques mots. C'est surtout lorsqu'il est dominé par quelque passion que cet obstacle grandit; alors le visage se crispe, les lèvres tremblent et se contractent convulsivement, les ailes du nez sont mises en mouvement, et les paupières s'écartent ou se rapprochent d'une façon étrange, la langue devient roide, elle se meut en totalité dans la bouche, ou elle appuie avec force contre les dents : on voit les muscles du cou se con-

tracter, le larynx est porté en haut et en bas, et enfin, après avoir triomphé dans cette lutte, le pauvre bègue prononce quelques mots. Dieffenbach a caractérisé ces contractions d'une manière assez pittoresque : « Cette espèce d'horreur toute particulière qu'éprouvent quelques bègues à prononcer certains sons, a une grande analogie avec l'état d'agitation et d'angoisses que procure aux hydrophobes la vue de l'eau. »

Quelques bègues prononcent très-difficilement les lettres sifflantes, *v*, *s*, *z*; ils confondent les lettres dures avec les douces, ainsi ils prononcent également *p b*, *t d*, *k g*. Lorsque le bégaiement est fort sur les linguales, alors ils redoublent la lettre; pour prononcer le *d*, par exemple, ils répètent *dddd;* de même pour le t. Quant aux sifflantes, ils ne les redoublent pas, mais ils traînent longuement sur la lettre, jusqu'à ce que la voyelle sorte; par exemple : *s*.... D'autres ne peuvent articuler le *ch*, sans fermer d'abord les lèvres; tous les muscles de la face sont alors en mouvement, les lèvres s'ouvrent, et la langue, qui est fortement appuyée au palais, mais inégalement, laisse entendre un sifflement, et, étant enfin détachée de cette position, elle tombe avec force contre les dents inférieures, et le bègue prononce rapidement, *cheval*, par exemple.

Quelquefois on entend des expirations brusques et longues, lorsque le bègue prononce une consonne accompagnée d'une voyelle : *ha*, par exemple. Dans ces cas, les muscles de la bouche qui doivent former l'articulation ne se sont pas contractés régulièrement, et l'air chassé des poumons sort en totalité de la bouche, puisque celle-ci ne lui a opposé aucun obstacle. Alors le bègue est obligé de faire une longue inspiration, il prend un moment de repos, et il parvient alors à prononcer plus régulièrement le mot qu'il avait commencé sans pouvoir l'achever. Quelques sujets appelés bègues commencent par fermer la bouche lorsqu'ils veulent parler; leurs lèvres se contractent d'autant plus qu'ils font des efforts pour prononcer le premier mot : aussitôt qu'ils ont prononcé ce mot, tous les autres découlent de la bouche avec abondance, tant qu'ils ont de l'air dans les poumons. La lutte recommence, après un certain temps, lorsqu'ils veulent parler de nouveau. Ces bègues disent tous éprouver une gêne et même une douleur dans la poitrine avant de parler.

D'autres bégaient, ou plutôt ont la parole embarrassée, parce qu'ils ne savent pas se servir de leur langue, et enfin d'autres ne parlent pas, parce qu'ils n'ont rien à dire : leur cerveau est altéré, et non pas leur langue; ce sont ceux qui d'ordinaire se livrent à la masturbation.

Il faut donc distinguer les sujets qui bégaient de ceux qui parlent

difficilement, et de ceux qui n'ont rien à dire; et c'est ce que quelques opérateurs ne font pas. Il leur suffit de voir un individu éprouver n'importe quel obstacle à la parole, pour de suite lui couper les génio-glosses.

Il suffit cependant de voir les résultats obtenus par M. Colombat, par M. Mac Cormac et par M. Jobard, pour être convaincu qu'il est possible de guérir plusieurs vices de la parole sans opération, et que l'opération est impuissante dans ces conditions.

Les individus qui bégaient *réellement*, c'est-à-dire ceux qui parlent en redoublant les lettres lingnales, sans altération de la respiration, ont quelquefois la langue trop courte, ou déviée à droite ou à gauche. Ces véritables bègues sont en très-petit nombre, deux ou trois sur dix. Ceux-là sont seuls propres à être opérés avec succès.

Ceux qui bégaient en redoublant les linguales et les labiales *sans défaut de respiration*, éprouvent seulement de l'amélioration après avoir été opérés; c'est-à-dire que le bégaiement cesse entièrement sur les linguales, et qu'il est modifié sur les labiales.

Il en est qui ne peuvent prononcer certaines lettres; et cependant on ne trouve ni vice de respiration, ni déformation de la langue. Il suffit de leur montrer, de leur apprendre comment ils doivent manœuvrer la langue pour prononcer ces lettres : aussitôt ils les prononcent clairement; et quelquefois, après avoir obtenu ce résultat, ils font des efforts pour les mal prononcer, comme ils le faisaient avant, sans pouvoir réussir. Le vice de la parole est guéri pour jamais chez eux. Qu'est-ce que l'opération eût fait dans ces cas?

Ceux qui sont dans l'impossibilité momentanée de parler par le défaut de respiration, parlent toujours bien quand on leur fait répéter un ou plusieurs mots, et surtout lorsqu'on leur dit de parler en appuyant, en martelant chaque syllabe, ou bien en les liant entre elles. Ceux-là guérissent aussi parfaitement en leur montrant la manière de respirer amplement, et de ne pas expulser sur le premier mot d'une phrase la totalité de l'air contenu dans les poumons. Qu'est-ce que l'opération peut encore dans ces circonstances?

L'opération que l'on fait à Paris, en coupant les génio-glosses, n'est donc applicable que dans certains cas; passé ces limites, elle est impuissante, et l'on est coupable de l'exécuter, parce qu'elle n'est pas sans dangers. L'on sait les accidents que déjà elle a provoqués : des hémorragies abondantes, que l'on n'a arrêtées qu'après bien des soins, le gonflement de la langue, des collections purulentes, qui ont mis les jours des malades en péril, ont suffisamment démontré les dangers de cette manœuvre.

Quant à l'œuvre de Dieffenbach, nous ne sommes pas apte à la juger ; nous acceptons les résultats donnés par le chirurgien de Berlin, mais nous ne pouvons rien dire de positif, puisque cette opération n'a pas encore été faite à Paris.

Dans un prochain numéro, nous examinerons les procédés opératoires, et nous les comparerons entre eux pour en apprécier la valeur.

Ch. PHILLIPS.

CHIMIE ET PHARMACIE.

ENCORE UN MOT SUR LES INCONVÉNIENTS DES NOUVELLES LOIS OU ORDONNANCES AUXQUELLES ON VEUT SOUMETTRE L'EXERCICE DE LA PHARMACIE.

Lorsqu'au mois de décembre dernier, nous exposâmes dans ce journal nos idées sur l'un des articles du projet de loi présenté par la commission permanente des pharmaciens de Paris, et que ces idées obtenaient une approbation presque générale, nous étions loin de supposer que cette question serait portée bientôt devant l'Académie royale de médecine et plus éloignés encore de penser que cette savante compagnie, composée d'hommes graves et réfléchis, oublierait si vite le vote qui, en 1834, avait suivi la discussion du brillant mémoire que lui avait présenté et soutenu, avec un talent remarquable, son savant rapporteur, M. le docteur Double, et qu'elle viendrait, six ans après, donner son approbation à un article de loi qui détruirait entièrement celui qu'elle avait alors cru devoir adopter après un mûr et consciencieux examen.

En vérité, plus nous y pensons, moins il nous est facile de comprendre comment, sans aucun motif puissant, sans aucune utilité bien constatée, elle a pu se mettre ainsi en contradiction avec elle-même. Ce sont de ces anomalies inexplicables, de ces inconséquences de l'esprit humain incompréhensibles, qui ne peuvent se rencontrer que dans les sociétés nombreuses. Quel est l'homme, en effet, un peu jaloux de sa propre estime et de la considération publique, qui oserait montrer une pareille versatilité? Mais il y a longtemps qu'on l'a dit, les savants ne sont pas obligés d'avoir de la mémoire.

Ainsi donc, l'Académie, qui, en 1834, regardait l'existence des remèdes secrets comme une chose juste et avantageuse, dont elle réglait les conditions d'existence, déclare aujourd'hui que ces remèdes sont la

source de tous maux, et ne peuvent être assez tôt bannis du vocabulaire de la langue médicale.

Il est vrai que la question n'a point été étudiée de nouveau, qu'elle n'a été l'objet d'aucune discussion sérieuse, qu'aucune parole grave et sévère n'a pu se faire entendre, soit qu'elle ait voulu défendre, soit qu'elle ait voulu accuser ces remèdes; que l'aigreur que certains membres ont apportée dans le simulacre de discussion a éloigné bien vite les hommes les plus dignes et les plus capables de jeter quelques lumières sur un projet de loi d'une aussi haute importance; il est vrai aussi que le vote a eu lieu entre trente ou quarante personnes, quand, quelques instants auparavant, à propos d'une élection, l'Académie comptait cent cinq membres présents; mais il n'est pas moins vrai que ce vote existe, et qu'il va être présenté au ministre comme l'expression du vœu de l'Académie tout entière.

Maintenant que nous avons apprécié à sa juste valeur le vote émis par l'Académie, examinons les motifs que donne, dans son rapport, la commission, qui s'est constituée elle-même, pour traiter la grave question qui nous occupe; et, avant de rien juger, voyons de quelle manière elle a présenté les faits pour amener l'Académie à se saisir de cette question, et à lui donner la solution qu'elle a obtenue.

» Deux cent cinquante-quatre pharmaciens du département de la Seine, dit le rapport, ont adressé à M. le garde des sceaux un mémoire relatif à quelques abus qui se commettent journellement dans l'exercice de la pharmacie, etc., etc. Sur la proposition d'un de ses membres, et de son conseil d'administration, l'Académie a pensé qu'il y avait opportunité et utilité à ce qu'elle fît elle-même de semblables démarches. »

Que l'Académie ait jugé convenable de s'occuper d'une demande que deux cent cinquante-quatre pharmaciens ont appuyée, nous le comprenons, et, en notre qualité de pharmacien, nous l'en remercions sincèrement; mais que pour cela elle ait de suite oublié, et le travail dont elle s'était si longtemps et si consciencieusement occupé, et les intérêts de la science et ceux de sa dignité, pour venir assurer son concours à la présentation *d'un tout petit bout de loi*, comme l'a dit un plaisant, dont l'un des articles est contraire à celui qu'elle a elle-même présenté, et cela sans que la question ait été soumise à une nouvelle étude, au moindre examen, sans aucune discussion, c'est une humilité bien grande et vraiment inconcevable de la part d'une académie; aussi ses ennemis s'en réjouissent, et les pharmaciens en sont fiers, eux qui savent comment ces deux cent cinquante-quatre signatures ont été obtenues, les intérêts divers qu'avaient les signataires, les regrets de plusieurs, les oppositions d'un plus grand nombre. Nous pourrions bien entrer, à cet

égard, dans quelques détails qui édifieraient l'Académie; mais, étrangers à toute espèce de coterie, n'ayant assisté à aucune réunion et ne sachant que par ouï-dire tout ce qui a été fait, nous craindrions de rapporter mal les choses; nous voulons d'ailleurs conserver notre indépendance et ne prendre parti pour personne; il serait curieux cependant qu'elle en fût instruite, ne serait-ce que pour lui démontrer combien il a été facile de lui donner le change et de la faire venir en aide à des intérêts d'amour-propre, à de petites passions mises en jeu.

Mais laissons là les causes qui ont amené les débats dont l'Académie est encore tout émue, et la manière dont ces débats sont conduits; et, entrant dans l'appréciation des raisons présentées par le rapport pour obtenir l'abolition des remèdes secrets, voyons si l'Académie a été bien inspirée en prononçant la déchéance de ces remèdes.

Les remèdes secrets, dit le rapport, sont certainement un des plus grands maux de la pharmacie, ceux qui déconsidèrent le plus l'exercice actuel de cette profession, en même temps qu'ils sont l'occasion de dangers continuels pour la santé publique.

Nous sommes loin d'accorder la vérité de ces diverses propositions, et les hommes impartiaux partageront, nous en sommes sûrs, notre manière de voir. Non, ce ne sont pas les remèdes secrets qui causent les maux dont se plaint avec juste raison la pharmacie; non, ce ne sont pas eux qui déconsidèrent le plus l'exercice actuel de cette profession; non enfin, ils ne sont pas l'occasion de dangers continuels pour la santé publique. C'est ailleurs qu'il faut chercher la cause de ces maux, la source de cette déconsidération et les dangers auxquels est exposée la vie des citoyens.

Nous l'avons dit et nous le répétons : si les remèdes secrets n'avaient que leurs propriétés pour se recommander à l'attention des malades, s'ils n'étaient pas soutenus par des annonces trompeuses, par des prospectus menteurs, il ne saurait y avoir d'inconvénient réel à les tolérer, parce qu'il est de l'intérêt de *leurs auteurs* qu'ils ne puissent être nuisibles, parce que les médicaments bons, utiles, finiraient seuls par se produire, et que le bon sens public ferait bonne et prompte justice des autres.

Ce sont donc les prospectus, ce sont donc les annonces, c'est en un mot le CHARLATANISME, *cause de notre ruine et du mal dont se plaint avec juste raison la société, qu'il faut atteindre;* agir autrement, c'est s'exposer à substituer un mal réel à un mal peut-être imaginaire. Qu'importe, en effet, au public qu'on le trompe et au pharmacien qu'on le ruine, en énumérant les propriétés fausses ou tout au moins exagérées d'un sirop pectoral quelconque, ou bien en vantant

outre mesure le sirop de mou de veau ou celui de baume de Tolu? Croit-on que les médicaments insérés au Codex ne puissent pas faire autant de mal que les remèdes secrets, s'ils sont employés intempestivement ou à trop fortes doses? Pour nous, nous trouvons toute aussi blâmable l'annonce d'un médicament dont la formule est insérée au Codex, que celle d'un médicament secret, et nous y voyons de plus un manque de loyauté et de franchise qui mérite une répression sévère.

Punir les annonces, a-t-on dit, et tolérer les médicament secrets, c'est une contradiction choquante et un déni de justice. Nous répondrons que nous ne voyons là rien de choquant et d'injuste, et que cette manière de procéder nous paraît, au contraire, la seule utile et raisonnable; car, en sévère équité et en saine logique, on doit punir, non l'instrument, mais l'auteur du crime.

Supposons maintenant qu'au lieu d'avoir prouvé l'injustice qu'il y a d'attribuer aux remèdes secrets la cause de la déconsidération de la pharmacie, et tout le mal dont on se plaint, nous soyons obligé d'admettre la vérité de ces assertions, examinons si l'Académie a eu raison de donner son adhésion à un article de loi ainsi conçu :

« Les peines portées par la loi du 29 pluviôse an XIII (18 février 1805) contre toute espèce d'annonces de remèdes secrets, seront également applicables, en cas de dépôt, distribution, vente, exposition, mise en vente et débit de ces remèdes. »

Que résultera-t-il de cette disposition? C'est qu'en ne voulant point définir les remèdes secrets, et en laissant aux juges le soin de donner cette définition et d'appliquer une pénalité, on rendra, comme nous l'avons déjà dit, l'exercice de la pharmacie extrêmement difficile; c'est qu'on paralysera les efforts que des hommes consciencieux et instruits auraient pu faire pour arriver à la découverte de médicaments utiles, c'est que la science restera à peu près stationnaire.

Toutes les personnes qui exercent l'une des branches de l'art de guérir ne sont pas nées après leur fortune, beaucoup ont besoin de la faire, et le stérile honneur de lire un mémoire devant une société savante, et d'obtenir son approbation, ne sera pas, même pour les hommes les plus honorables et les plus jaloux de l'estime de leurs confrères, un stimulant aussi puissant que les récompenses qu'ils auraient pu obtenir? La société est comptable envers ses membres des sacrifices qu'ils font pour la servir; pourquoi n'accorderait-elle pas à l'auteur d'un médicament utile, à certaines conditions toutefois, la protection qu'elle donne à toute autre découverte? Quelle considération y perdrait le corps médical? En présentant à la chambre des députés son mémorable rapport pour régler les avantages à accorder à la propriété littéraire, M. de

Lamartine a-t-il vu se dissiper l'auréole de gloire qui l'entourait? Les médecins et les pharmaciens n'ont-ils donc droit à aucune sollicitude, à aucun intérêt? A moins cependant qu'on ne reconnaisse qu'il n'y a plus aucun progrès à faire en thérapeutique, que le Codex doit être considéré comme l'ouvrage le plus parfait qui soit jamais sorti des mains de l'homme, et comme une arche sainte à laquelle il faut bien se garder de toucher. Mais, quel homme sensé oserait tenir un pareil langage?

En vain on objecte que pour régler les remèdes secrets, nous avons le décret du 10 avril 1810, dans lequel il est dit que ces remèdes, inventés ou perfectionnés, seront soumis à l'examen d'une commission médicale déléguée, à l'effet d'en constater l'invention et le mérite, et que si la vérité de l'invention ou du perfectionnement et son utilité est reconnue, l'Académie fixera le prix que le gouvernement donnera à l'auteur. Nous le demandons, peut-on opposer sérieusement ce décret? quand a-t-il reçu son approbation? quel est le seul remède acheté par le gouvernement? que sont devenues les récompenses demandées pour les biscuits du docteur Ollivier, pour la poudre de Sancy? Et d'ailleurs, le chiffre de ces récompenses peut-il compenser un privilége, si le médicament a des propriétés réelles? Le sulfate de quinine, par exemple, qui n'aurait jamais été acheté plus de 100,000 fr., quelle somme n'eût-il pas produite à MM. Pelletier et Caventou, s'ils avaient obtenu le droit exclusif de le vendre pendant dix ans seulement! Pourquoi donc traiter la pharmacie avec moins d'avantages que l'industrie? pourquoi dire à un pharmacien: « Vous aurez dix, quinze, vingt mille francs de votre remède, » quand il pourrait en retirer vingt fois plus, sans compromettre les intérêts de personne et la dignité de sa profession? Est-ce parce que le pharmacien s'occupe des intérêts les plus chers à la société? Et parce que l'empiétement des professions étrangères, la multiplicité des officines, la baisse dans ses prix, quand tout subit autour de lui une augmentation progressive, lui laissent à peine aujourd'hui de quoi vivre? En vérité, nous avons de la peine à comprendre cette exception, et nous ne pouvons nous expliquer comment on voudrait absolument que le pharmacien instruit, laborieux, qui consacre son temps et ses soins, dépense sa fortune au perfectionnement de son art, rend ainsi de véritables services, ne tirât aucun parti de ses découvertes, et fût obligé de faire jouir, du fruit de ses veilles, des confrères ou moins capables ou moins dévoués, dont la reconnaissance à son égard serait tout à fait nulle. Ce n'est pas ainsi qu'on arrive au progrès. Une académie, cependant, devrait en rendre la route facile.

Nous espérons encore que tout n'est pas perdu, et que, si l'Académie ne revient pas sur son vote, de sages législateurs comprendront

qu'avec des conditions bien définies et bien rigoureuses, il serait possible de conserver sans aucun danger les remèdes secrets, et de concilier ainsi à la fois et la dignité de la pharmacie et les intérêts de tous.

G. Duclou.

RÉFLEXIONS SUR LA FORMULE DE M. LOURADOUR, POUR LA PRÉPARATION DU BAUME DE TOLU.

La thérapeutique est une science de faits et d'observations. Dans l'application des moyens de guérir, elle cherche ceux qui sont doués des effets les plus constants, ceux qui varient le moins dans leur nature, parce que la mobilité de la nature d'un corps est inévitablement une cause qui modifie son action sur l'économie ; sans ces difficultés, assez d'autres résultent de circonstances inappréciables, occultes, provenant du temps, des lieux et des constitutions. Si, d'après ces vues, la thérapeutique pouvait trouver dans les corps simples tous les agents que lui demande l'art de guérir, elle ne s'occuperait plus que des précautions qui auraient pour objet d'obtenir ces mêmes corps simples dans l'état le plus rapproché de celui où les propriétés médicinales ont le *maximum* de leur intensité. Ne pouvant pas compter sur cet avantage, qui fournirait une si grande certitude à l'action des médicaments, il faut nécessairement quitter un cercle trop étroit qui ne renferme pas tout ce que les besoins demandent.

Mais dans cette nouvelle direction, où l'on est jeté de force, il ne faut pas abandonner le principe qui veut que les agents thérapeutiques jouissent de la plus grande similitude, qu'ils présentent l'idée de l'identité d'action, de ce qu'on pourrait appeler *l'unité thérapeutique*. En dehors des corps simples, dont le nombre ne suffit pas, il n'existe que ces conditions pour donner à la thérapeutique la garantie qu'elle doit trouver dans les moyens dont elle fait usage. C'est sur ce terrain que se rencontrent et que se touchent la science qui guérit et celle qui apprête les moyens de guérir. Les efforts de la pharmacologie doivent tendre à maintenir et à assurer les propriétés des médicaments.

Un codex est l'expression de l'alliance entre les deux sciences, il en fixe les conditions. Les formules qu'il renferme sont là pour être suivies par tous, exécutées avec une obéissance pour ainsi dire passive, avec une exactitude rigoureuse. Constituants, élection, dose, préparation, tout doit être observé, parce qu'il y a dans chacune de ces obligations une nécessité qui importe à la qualité, à l'identité du produit, à la sûreté de son action thérapeutique. Le médecin qui ordonne un remède

ne connaît son effet que par l'observation acquise ; il sait à quel cas spécial il le destine et ce qu'il veut en obtenir ; aussi, il doit être le même partout. Un changement, quel qu'il soit, en dessus ou en dessous de l'action connue d'un médicament, trompe tous les calculs qu'on avait pu établir sur ses effets. En un mot, c'est de la fidélité, de l'invariabilité dans les préparations adoptées dans le Codex, que dépendent leurs propriétés, c'est de la docilité des pharmaciens à s'y conformer que dépend la vérité des combinaisons formées par la thérapeutique.

Ces réflexions, qui doivent occuper l'esprit de tous les pharmaciens, nous sont venues en lisant, dans le numéro du 30 mars, du *Bulletin de thérapeutique*, la recette que propose M. Louradour pour la préparation du sirop de baume de Tolu. Il reproche au Codex sa formule longue et dispendieuse ; mais ce sont des considérations infimes sur lesquelles doit passer le pharmacien, il les doit sacrifier toujours plutôt que de détruire l'identité d'un médicament. On n'a pas besoin de dire ce que deviendrait l'art de guérir si, tantôt pour abréger le temps, tantôt par économie, celui-ci pour un motif, celui-là pour un autre, on devait perfectionner, transformer les médicaments, en corrigeant les imperfections du Codex ou ses procédés dispendieux. Les formules d'un codex ne doivent être changées que dans un autre codex, et cela encore doit être fait avec une extrême circonspection.

Apparemment, si les rédacteurs du dernier codex, à qui je ne reconnais pas néanmoins l'infaillibilité, ont adopté la formule qu'on trouve dans cet ouvrage, et qui existait dans celui de 1818, ce n'est pas qu'ils aient manqué de connaître tous les procédés qui ont été proposés dans les pharmacopées et dans les journaux technologiques. Ils ont dû s'arrêter à celle qu'ils ont donnée, parce qu'elle leur aura paru la meilleure, ainsi qu'elle a été jugée par M. Guibourt, dont les lumières ont tant d'autorité. On rencontrera la même opinion chez tous ceux qui ont consulté la pratique en cette matière, parce que assurément la formule du Codex a des avantages certains. Cette raison se trouvait donc d'accord avec le besoin de maintenir une formule dont le produit est connu par ses effets, et qui ne doit être remplacé que par celui dont on a constaté les qualités thérapeutiques. C'est par cette épreuve qu'il faut passer pour offrir des formules nouvelles, et ne point s'arrêter ni au temps ni aux dépenses que peut coûter un remède.

Mais le procédé de M. Louradour a-t-il un avantage? est-il nouveau? On n'a fourni aucune espèce de preuve pour résoudre la première question. Quant à la nouveauté, nous savons que M. Frémy père a conseillé de faire dissoudre six gros de baume de Tolu dans la *quantité suffisante* d'alcool, et de triturer la liqueur avec une livre de sucre,

Ceci est précisément la proportion de baume de Tolu à laquelle M. Louradour se réduit par économie, et détruit la priorité à laquelle il croit avoir droit. Nous ne pensons pas que l'auteur pense à revendiquer l'idée de faire sécher le sucre arrosé du soluté résineux ou de l'al oolature avant de le traiter par l'eau pour faire le sirop. Pourquoi, d'ailleurs, ne pas supprimer l'alcool et gagner le temps que demande la solution, puisque le saccharure fait directement vaudrait celui auquel donne lieu la vaporisation de l'alcool; on doit obéir aux conséquences d'un système.

En raisonnant l'opération de M. Louradour, on voit qu'elle se résume à ceci : diviser une quantité de baume de Tolu dans le sucre à l'aide d'un véhicule, et éliminer le véhicule pour recueillir un saccharure que l'on traite par l'eau pour le convertir en sirop. Peut-il donc résulter de cette pratique que l'eau enlève au baume, malgré son état de division, autant de principes qu'elle pourrait en emprunter, dans les mêmes conditions, à une quantité de baume beaucoup plus considérable? La théorie et la pratique étant contre cette supposition, toutes les deux s'élèvent contre le procédé de M. Louradour. Pour se passer d'un examen comparatif et de l'étude des propriétés médicales, pour remplacer l'arbitraire par l'arbitraire, une formule par une autre, mieux vaut conserver la formule et le procédé du Codex ; c'est au moins reconnaître le principe, que la fidélité dans les préparations est la plus puissante garantie de la thérapeutique et de la médecine.

Le sujet spécial de vos études, et de votre intéressante et savante publication, indiquait le *Bulletin* comme le lieu où devaient être déposées ces réflexions.

J.-B. Dublanc,
pharm. memb. corresp. de l'Ac. roy. de méd. à Troyes (Aube).

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

UN MOT SUR UNE HÉMÉRALOPIE QUI RÈGNE ÉPIDÉMIQUEMENT DANS LE DÉPARTEMENT DES BOUCHES-DU-RHÔNE.

L'héméralopie épidémique est une affection assez rare, et surtout assez singulière, pour que je croie devoir ne pas laisser passer, sans en faire mention, celle qu'on observe en ce moment à Maussane. Comme je crois inutile d'entrer dans une description détaillée à ce sujet, je me bornerai à en parler d'une manière générale.

C'est environ depuis le commencement de mars 1841 que cette bizarre et inexplicable maladie s'est déclarée dans cette commune ; bien que les femmes enceintes en aient été affectées peut-être de préférence, elle n'a pourtant épargné aucun sexe, aucun âge, ni aucun tempérament ; elle s'est montrée, cela va sans dire, à des degrés divers. Ainsi, chez les uns, il y a seulement affaiblissement de la vue après le coucher du soleil ; chez d'autres, il y a cécité complète à l'arrivée de la nuit, bien que la vision soit parfaite pendant le jour ; chez quelques-uns, la fonction visuelle s'exécute mal, même en plein midi, quoiqu'elle ne s'abolisse pas entièrement lorsque la nuit est venue. La durée de cette maladie n'est que de sept à huit jours, que l'on emploie ou non des moyens pour la combattre ; les parties constituantes de l'œil ne paraissent nullement altérées, et cependant on ne peut la regarder comme une complication d'une autre affection, puisque, les cas de grossesse concomitante exceptés, elle existe absolument isolée; elle est donc essentielle. Il est évident qu'elle est produite par une cause générale, une influence atmosphérique, un *quid divinum;* mais cette cause, quelle est-elle? comment agit-elle? pourquoi ne produit-elle son effet que sur l'organe de la vue, et pourquoi cet effet même est-il matériellement insaisissable? Toutes ces questions sont difficiles à résoudre, et ne pourraient l'être que par des réponses hypothétiques. Je me borne donc à dire que la cause la plus probable me paraît se trouver dans l'humidité dont l'air est imprégné par suite des inondations qui nous ont atteint, et encore cette cause ne serait-elle réelle, incontestable, qu'autant que cette affection existerait aussi dans les autres pays inondés, au moins les circonvoisins; ce serait alors aux médecins de ces pays à répondre.

Frechier, D.-M.,
à Maussane (Bouches-du-Rhône).

SUR UN CAS REMARQUABLE DE DOULEURS TRÈS-VIVES, TRÈS-ANCIENNES ET TRÈS-REBELLES, DANS LE MOIGNON D'UNE JAMBE ET DANS LE PIED ENLEVÉ DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES PAR L'AMPUTATION, GUÉRIES PAR UN MOYEN EMPYRIQUE.

Les exemples d'amputés qui souffrent autant, et même plus, après qu'avant l'amputation, quand ils ont trop tardé à se débarrasser de la partie malade, et qu'ils ont ainsi donné le temps aux nerfs de cette partie de contracter un mode vicieux et morbide d'organisation, ne sont pas rares. J'en connais un, pour ma part, qui avait mis en défaut toutes les ressources de la médecine, et qui vient d'être, sinon guéri,

du moins soulagé d'une manière extrêmement remarquable par un moyen empyrique simple, auquel il doit une nouvelle existence. Comme j'ai attendu assez longtemps pour être convaincu que la diminution des douleurs n'est pas le résultat d'une simple coïncidence fortuite, et favorable au moyen empyrique en question, je vous envoie l'observation pour que vous la publiiez, si vous croyez qu'elle puisse être utile aux personnes qui se trouvent dans le cas du sujet de cette observation.

M. Aycard, notaire à Laseyne (Var), actuellement âgé de soixante-quinze ans, eut, à l'âge de vingt ans, et en chassant dans une île de l'Archipel grec, le pied droit gelé. L'extrémité antérieure du pied tomba quelque temps après, une ulcération se forma et devint peu à peu cancéreuse. Pendant trente-deux ans, M. Aycard conserva cette plaie cancéreuse. A cinquante-deux ans, vaincu par la douleur, qui avait toujours été en augmentant, il se décida à l'amputation. Pratiquée, au lieu d'élection pour la jambe, par le chirurgien en chef de la marine au port de Toulon, et une cicatrisation prompte ayant été obtenue, il croyait n'avoir plus à souffrir; mais il ne tarda pas à s'apercevoir que ses peines n'étaient pas finies. Peu à peu, et au moindre changement de temps, comme par l'effet de la moindre préoccupation morale, une douleur vive se faisait sentir au moignon, et il avait le sentiment d'une souffrance quelquefois très-forte au pouce, au petit doigt, aux autres orteils, à la malléole interne, à toutes les parties enfin du pied qu'il n'avait plus et qui avaient subi la dégénérescence cancéreuse. Petit à petit, ces douleurs s'accompagnaient de tremblements musculaires et d'insomnie; elles devinrent si fréquentes, que M. Aycard ne pouvait que difficilement exercer son état, et, dans ces derniers temps, elles avaient un degré d'intensité tel, que trois ou quatre personnes étaient obligées de se jeter sur lui et de le contenir pour résister aux mouvements convulsifs qu'elles provoquaient. Depuis dix-huit mois il ne s'était plus couché; il passait ses nuits sur un canapé et continuellement en mouvement sans pouvoir dormir, bien qu'il en sentît le besoin; aussi, la fatigue du système nerveux était telle, que dans quelque position qu'il se trouvât, dès que les souffrances diminuaient un peu, il perdait connaissance et sommeillait. Pour rendre ses douleurs supportables, les diminuer même un peu, et lui procurer quelques minutes d'un sommeil pendant lequel il ne cessait pas un instant de remuer et de gémir, sa femme était obligée de passer une grande partie de la nuit à masser le moignon, à le frotter en tout sens; enfin, l'existence de M. Aycard était devenue insupportable, d'autant plus que rien ne le soulageait, et qu'il entrevoyait des douleurs incessantes pour le peu de jours qu'il lui restait à vivre. Ces douleurs commençaient au moignon,

puis il éprouvait un resserrement violent à l'épigastre, ensuite la tête se prenait, et alors il n'était plus maître de ses idées. Ayant essayé de tout, et n'ayant jamais été soulagé que d'une manière équivoque par les divers agents médicamenteux qu'on lui avait conseillés; se rappelant du reste ce que M. Fleury, médecin en chef de la marine à Toulon, et dont le talent médical et chirurgical n'a jamais été mis en doute par personne, lui avait dit « qu'il dépenserait des millions et les médicaments de vingt pharmacies, sans pouvoir se guérir, sans pouvoir même se soulager d'une manière certaine, » M. Aycard souffrait et ne croyait plus à la vertu calmante d'aucun agent, lorsqu'un de ses clients, l'ayant vu un jour dans un accès très-fort, lui conseilla de se frotter le moignon avec de la *graisse de marmotte*. Il en rit et n'y pensait plus, lorsque deux jours après, le même client revint, et, comme il souffrait encore, il lui en remit une certaine quantité, avec recommandation instante de s'en servir, ce qu'il fit le soir pour échapper aux pressantes sollicitations de sa femme. Quelques instants après la friction, la douleur locale cessa, un calme général survint et il dormit toute la nuit; depuis lors, il n'a plus souffert que quelquefois, et toujours la friction a été suivie de calme et de sommeil. Depuis ce temps, M. Aycard semble renaître à la vie; il dort constamment et longtemps; on dirait qu'il veut rattraper le sommeil perdu. Cet agent n'a pas fait cesser complétement les douleurs; je pense même qu'il ne serait pas raisonnable de supposer qu'il existe un moyen de guérir une disposition douloureuse des nerfs datant de cinquante-cinq ans; mais la diminution de ses souffrances est tellement moindre, qu'elle équivaut presque à une cessation complète. Voilà bientôt *un mois* que la première friction a été faite et le bien-être de M. Aycard ne s'est pas démenti.

La graisse employée agit-elle comme simple corps isolant, ou bien a-t-elle en elle un principe susceptible d'imprimer aux nerfs une modification nouvelle, ou seulement capable de faire cesser celle qui existe et qui rend raison de la douleur sentie? Je l'ignore, et je ne chercherai seulement pas à le deviner, parce que les principales données me manquent. L'expérience et l'analyse de cette graisse, si des faits nouveaux viennent plaider en sa faveur, pourront ouvrir la voie à une théorie rationnelle.

Pour le moment, je me contenterai de faire connaître la manière dont M. Aycard emploie cette graisse : on lui en frotte le moignon avec la main, puis on enveloppe la partie avec un morceau de peau ou de soie, pour empêcher sa volatilisation.

MARTINENG, D.-M.,
chirurgien de première classe de la marine, à la Seyne (Var), près Toulon.

17.

SUR UN MOYEN DE CONSERVER LE SEIGLE ERGOTÉ SANS ALTÉRATION.

Jusqu'ici, toutes les précautions prises dans les pharmacies pour préserver le seigle ergoté des insectes, et le conserver sans altération avaient été infructueuses.

Parmi les nombreux essais que j'ai tentés pour parvenir à ce résultat, il en est deux qui m'ont réussi.

Le seigle ergoté, préalablement desséché à l'étuve, se conserve parfaitement dans un flacon bouché à l'émeri, en ayant soin de l'humecter d'une proportion de 60 grammes d'alcool à 40 degrés, ou d'une pareille quantité d'éther sulfurique, pour 500 grammes d'ergots.

J'ai été à même de me convaincre que cette addition de l'un ou de l'autre liquide ne modifie en aucune manière l'action thérapeutique de ce médicament. Tout le monde sait, en outre, que le seigle ergoté perd de son action médicamenteuse, lorsqu'il est pulvérisé trop longtemps à l'avance. Stan. MARTIN, pharm.

UN MOT SUR LA PRÉPARATION DU SIROP DE THRIDACE.

Vous donnez, dans votre numéro de janvier dernier, un nouveau procédé pour la préparation du sirop de thridace, dû à mon confrère M. Lepage, pharmacien à Gisors.

Je trouve, pour mon compte, ce procédé désavantageux; car la thridace obtenue avec le résidu de la distillation est un produit presque inerte, et qui ne jouit d'aucune des propriétés de la thridace du Codex.

Ensuite, ce sirop préparé selon la formule indiquée, contient plus de moitié moins de thridace que celui du Codex [1].

Si l'on veut obtenir un sirop qui contienne en même temps les principes volatils et fixes de la laitue, voici comme, je crois, il faudrait opérer :

Prenez :	Extrait de laitue du Codex. . .	7	grammes.
	Eau distillée.	64	—
	Sirop de laitue du Codex. . . .	500	—

F. S. A.

Comme je vous sais jaloux de ne publier dans votre excellent *Bulletin* que de bonnes formules, je m'empresse de vous adresser ces observations.

THOMAS, Pharm.,
à Pont-Saint-Pierre. (Eure)

[1] Il y a eu, en effet, erreur typographique. Ce n'est pas 20 grammes de thridace qu'à voulu dire M. Lepage, mais bien 40 grammes.
(*Note du R.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies de plomb ou saturnines par M. Tanquerel des Planches.

Déjà presque toute la presse médicale a rendu compte de l'ouvrage de M. Tanquerel Desplanches sur les maladies saturnines. La plupart des recueils généraux de médecine ont analysé les recherches que ce livre contient; nous nous occuperons ici spécialement de celles qui ont rapport à la thérapeutique.

Lorsque les préparations saturnines, réduites à l'état de division extrême, sont absorbées, l'économie éprouve une atteinte délétère plus ou moins profonde, dont les manifestations diverses sont bien déterminées. Ainsi la colique se montre, quand le plomb a porté son influence pernicieuse sur les viscères abdominaux. Quand c'est l'appareil nerveux rachidien qui se trouve atteint, on observe dans les organes de la vie de relation, les douleurs vives de l'arthralgie saturnine, ou la perte soit du mouvement, soit du sentiment, qui signalent la paralysie ou l'anesthésie saturnines. Si c'est l'encéphale qui se trouve affecté, du délire, des convulsions, du coma, caractérisent l'encéphalopathie saturnine. Divers phénomènes spécifiques révèlent donc chez l'homme l'absorption du plomb, avant même que les maladies saturnines proprement dites se soient déclarées. Il y a ainsi, à proprement parler, une intoxication saturnine primitive.

Telle est la base fondamentale du travail de M. Tanquerel. Il diffère, comme on le voit par là, des opinions de ses prédécesseurs, qui comprenaient tout l'empoisonnement saturnin dans le phénomène colique. Il est remarquable que, dans le mouvement imprimé à l'observation par l'esprit analytique de l'époque contemporaine, l'histoire générale des maladies saturnines, autres que la colique, soit restée à tracer. On trouve bien dans les auteurs des observations isolées, la plupart incomplètes, ou de simples aperçus sur les accidents variés de l'empoisonnement saturnin, subordonnés à la colique, confondus avec elle. Mais M. Tanquerel réunit et trace l'histoire de toutes les maladies saturnines. Il insiste sur leurs différences sous le rapport de la fréquence, de la physionomie, de la marche, de la durée, de la terminaison et du traitement. Il trace, pour chacune des affections saturnines, leur histoire à part, comme si chacune d'elles existait isolée, tout en ayant soin d'indiquer les rapports de ces maladies entre elles.

L'auteur qui, pendant plusieurs années, a examiné le très-grand nombre de malades qui viennent journellement à l'hôpital de la Charité,

a pu faire ainsi de ces maladies une description qui ne fut qu'un résumé exact des faits donnés par la plus vaste observation clinique. Nous ne le suivrons point dans toutes ces parties de l'histoire de la maladie saturnine. Tout en rendant hommage à la patience scrupuleuse de M. Tanquerel, nous devons nous limiter ici au point de vue thérapeutique.

On sait que depuis fort longtemps les médecins se sont occupés du traitement de la colique saturnine, que les moyens les plus opposés ont été tour à tour vantés ; chacun s'est évertué à proclamer les succès obtenus par sa médication. M. Tanquerel a fait table rase ; il a commencé par ne rien croire, afin de pouvoir comparer en toute liberté. Il a vérifié ainsi la plupart des méthodes.

Pour constater l'influence positive de telle ou telle médication, sur le cours de la colique saturnine, il commence par donner l'analyse de plusieurs cas de colique livrés aux seuls efforts de la nature. Cette appréciation est fort importante ; car c'est elle qui doit servir de mesure pour apprécier à leur juste valeur quantité de médications qui n'ont peut-être d'activité que dans les livres, où l'on abuse si souvent du vieil adage, *post hoc ergo propter hoc*. Là on trouve consignées une foule de recherches et d'expérimentations sur l'emploi des limonades hydrosulfurique, sulfurique, de l'alun, de la noix vomique, des antiphlogistiques et des narcotiques, dont l'action est appréciée avec discernement ; puis M. Tanquerel passe à l'examen de tous les moyens purgatifs mis en usage. Les lavements purgatifs, l'huile de ricin et l'eau de sedlitz, ne lui présentent qu'une action insuffisante. Il rend hommage à l'efficacité du traitement dit de la Charité ; mais l'huile de croton tiglium lui semble la meilleure des méthodes purgatives. Un nombre considérables de malades ont été traités par l'une et l'autre de ces méthodes, et la comparaison des faits conduit l'auteur à donner la préférence à l'huile de croton. Voici la manière dont il conseille de l'administrer.

On donne une goutte d'huile de croton, dans une cuillerée de tisane, à la première visite faite au malade. Si cette premièse dose ne produit pas de selles ni de vomissements, sept à huit heures après il faut encore administrer une nouvelle goutte ou un lavement purgatif.

Le lendemain et surlendemain on devra prescrire encore l'huile de croton de la même manière. Si le quatrième jour (ce qui est très-rare) la colique n'a pas cessé, on prescrira encore le croton. Il est bon d'administrer les jours suivants un lavement purgatif.

Si l'huile de croton est vomie un quart d'heure ou une demi-heure après son introduction, il faut la mélanger avec une once d'huile de ricin, ou l'administrer en lavements, à une dose double de celle prescrite par la bouche.

L'arthralgie saturnine a été traitée par des médications différentes. Traitement de la colique, opiacés, bains simples, aromatiques, de vapeur, sulfureux ont été observés par M. Tanquerel, qui conclut de ses observations que les bains sulfureux forment la plus puissante médication à diriger contre l'arthralgie saturnine. Pour en obtenir les résultats les plus avantageux, il faut les prescrire tous les jours, pendant sept à huit jours; cinq à six onces de sulfure de potasse est la quantité de substance médicamenteuse mise dans chaque bain à la Charité.

La strychnine administrée à l'extérieur ou à l'intérieur, l'électro-puncture et les bains sulfureux forment la triple médication qu'on dirige le plus heureusement contre cette maladie. Telle est la conclusion des expériences nombreuses que M. Tanquerel a vues sur ce point important de l'histoire de la paralysie saturnine. Enfin pour le traitement de la maladie cérébrale produite par les émanations de plomb ou encéphalopathie saturnine, l'auteur s'est encore livré à de nombreuses recherches, pour tâcher d'arriver à la constatation d'une bonne méthode. Mais ici il a échoué; et nous le louons pour la franchise avec laquelle il avoue des insuccès constants. Traitement de la Charité, huile de croton, opiacés, antiphlogistiques, révulsifs cutanés, antispasmodiques, affusions froides, tout échappe au médecin. Les cas qui se sont terminés de la manière la plus heureuse ont été livrés à la médecine expectante, par M. Rayer.

Nous laissons au lecteur le soin de rechercher, dans le livre lui-même, les divers moyens prophylactiques que M. Tanquerel conseille aux ouvriers, pour se préserver de l'influence délétère des émanations saturnines. C'est une partie importante des travaux entrepris et suivis si longtemps par M. Tanquerel. Cet ouvrage consciencieux a demandé à l'auteur une patience et une ténacité à toute épreuve; l'exécution fait preuve d'un bon jugement, et les résultats qui sont consignés dans ce livre ont été sanctionnés par tant d'expériences, que c'est sur les seules méthodes indiquées par M. Tanquerel que se porte aujourd'hui l'attention des observateurs.

S. Sandras.

Guide médical des Antilles et des régions intertropicales, *par* M. G. Levacher, *doct. en méd. de la fac. de Paris.*

Il est une infinité de points dans notre science sur lesquels le travail de chaque jour accumule des matériaux complétement stériles. Suivez par la pensée la masse des médecins que, pour la plupart, leur supériorité place à la tête des nombreux hôpitaux qui couvrent l'Europe,

et comptez, si vous le pouvez, combien de temps et d'intelligence sont inutilement dépensés à des observations, qui nécessairement ne peuvent conduire qu'à des résultats connus. Dites-moi, par exemple, je vous prie, avec les procédés invariablement les mêmes, que suivent à l'heure qu'il est tous les médecins d'Europe dans leurs investigations, à quels résultats nouveaux ils peuvent parvenir sur un point quelconque de la phthisie? Grâce aux procédés de l'auscultation et de la percussion, qu'ils sont parvenus à manier plus habilement, je le veux bien, ils saisiront le développement de la phthisie ou plutôt la localisation de cet état morbide général dans le parenchyme pulmonaire à une époque plus rapprochée du début du mal; ils en suivront mieux les progrès; l'anatomie pathologique deviendra, si l'on veut, du luxe, tant les progrès de l'observation ont rendu diaphanes les parois thoraciques; mais en somme, à quelle découverte importante, à quelle solution pratique parviendra-t-on, en continuant à marcher dans cette voie? Quand dix mille médecins peut-être se pencheront chaque jour, l'oreille attentive, sur la poitrine d'un malheureux phthisique, ou bien décriront à l'amphithéâtre les cavernes dont sont creusés des poumons tuberculeux, à quel résultat vraiment scientifique peuvent en définitive aboutir des recherches mille et mille fois répétées? Il est pourtant un ordre de recherches à peine effleurées, et qui promet à ceux qui sauraient les tenter une foule d'enseignements précieux, ce serait l'étude de la physiologie et de la pathologie humaines dans les climats variés, dans les diverses conditions d'hygiène, de mœurs, d'habitudes, au milieu desquels vivent les hommes disséminés sur la surface du globe. La science n'est pas complétement privée sans doute de tels enseignements, mais que sont ces enseignements en comparaison de ce qu'ils pourraient être? Ces réflexions, que nous n'allongerons point davantage, nous ont été naturellement suggérées par la lecture du livre de M. Levacher. Ce n'est pas que cet ouvrage nous ait paru conçu dans l'esprit sévèrement scientifique dont nous entendions parler; non, il n'y a là presque rien de ce que nous aurions désiré trouver. L'idée générale seule, idée de haute philosophie, idée dont dépend en grande partie peut-être l'avenir de la science, l'idée générale seule, disons-nous, donne à ce livre quelque valeur scientifique. Quel que soit le mérite intrinsèque de son œuvre, on doit à M. Levacher de la reconnaissance pour l'avoir conçue et exécutée, car c'est une œuvre de dévouement. Pour faire ainsi de la science, il faut quitter son pays, sa famille, ses relations, et aller affronter des climats souvent meurtriers. Combien de gens, en face de cette abnégation, répètent en eux-mêmes ce mot dégoûtant d'égoïsme : « Il fait

meilleur ici qu'à Moscou. » Nous n'analyserons point le *Guide médical des Antilles*, nous aurions trop à y reprendre; nous en conseillons cependant la lecture à ceux qui, comme l'auteur, voudraient aller appliquer la science d'Europe dans ces climats inhospitaliers : ils y trouveront des enseignements qu'ils chercheraient vainement ailleurs. M. Levacher ne paraît pas lui-même s'être mépris sur la portée de son livre, car c'est surtout à cette classe de médecins qu'il le destine, comme à tous les habitants des pays intertropicaux.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Hémorragie très-grave, suite de la section des genio-glosses dans l'opération du bégaiement. — Il est des opérations, pour ainsi dire de luxe, qui ne peuvent être admises, approuvées, et, à plus forte raison, pratiquées par les praticiens sérieux, qu'autant qu'elles n'ont aucune gravité, et que, dans aucun cas, elles ne peuvent compromettre la vie du malade.

Il est certainement désagréable d'être bègue; mais il vaut mieux cent fois garder son infirmité, si, pour courir une chance sur cinquante peut-être de guérir de ce vice de la parole, l'on est exposé aux accidents les plus sérieux, à la mort même; oui, à la mort, car l'on sait que le célèbre chirurgien de Berlin auquel on doit ce magnifique procédé qui fait frissonner, a perdu dernièrement un étudiant de Berlin, par suite d'une hémorragie. Ce pauvre jeune homme se porterait encore très-bien s'il avait voulu rester bègue. Mais aussi, a-t-on l'idée d'une semblable opération! Figurez-vous qu'on accroche la langue avec des pinces de Muzeux, et que pendant que des aides maintiennent la bouche largement ouverte, au moyen de crochets obtus placés aux angles de la bouche, le chirurgien attire à lui la langue qu'il a saisie à sa racine avec le pouce et l'index de la main gauche. Alors il enfonce la lame d'un bistouri, dont le tranchant est dirigé en haut, dans la partie latérale de la racine de la langue; et, après avoir fait pénétrer son instrument jusqu'au point opposé à celui où il était entré, il termine de bas en haut la section complète de la langue. Cela fait, il saisit avec une pince munie de pointes, au bord de la plaie, le morceau antérieur de la langue, et il en enlève, dans toute l'épaisseur de l'organe, une pièce de trois quarts de pouce d'épaisseur, en forme de coin. Alors il coud le morceau antérieur et postérieur de la langue, et l'opération est terminée. Ainsi, soyez bègue et faites-vous opérer par le sublime procédé de Dieffenbach; mais recommandez auparavant au chirurgien de ne pas

trop tirer lorsqu'il aura fait sa première incision, car votre langue pourrait bien lui rester à la main, et le but que vous vous proposiez, celui de parler mieux qu'auparavant, serait compromis.

On n'a pas procédé à Paris avec cette sauvagerie, on s'est borné à pratiquer la section des muscles genio-glosses, et encore dans plusieurs cas y a-t-il eu des accidents sérieux, des hémorragies inquiétantes. Nous avons observé un de ces exemples chez un jeune enfant de douze ans, auquel M. Guersant fils a pratiqué, à l'hôpital dee Enfants, la section des genio-glosses. Un demi-verre de sang tout au plus s'écoula à la suite de l'opération. Ce n'est que le lendemain qu'une hémorragie abondante se déclara : on s'en rendit maître au moyen de bourdonnets de charpie, imbibés d'une solution d'alun. Le troisième jour, nouvelle hémorragie dont on vient à bout par le même moyen ; le quatrième jour, point d'hémorragie ; lotions froides, glace dans la bouche ; le cinquième jour, l'hémorragie reparaît plus intense; il a fallu deux profondes cautérisations avec le fer rouge pour la tarir ; sixième jour, point d'hémorrhagie; septième, le sang coule de nouveau : le fer rouge, appliqué sept fois, est impuissant pour l'arrêter. La compression, au moyen de boulettes de charpie imbibées de disssolution d'alun, le tarit au bout de plusieurs heures. On continue la compression le jour suivant; il s'est formé un caillot, et il n'y a qu'un léger suintement sanguin. L'état de ce petit malade inspirait les plus vives inquiétudes. Sa faiblesse, sa pâleur, indiquaient le danger le plus pressant, et l'on avait résolu la ligature des artères linguales, lorsque l'hémorragie s'est arrêtée et n'a plus reparu.

Nous n'accompagnerons ce fait d'aucun commentaire, nous nous bornerons à rapporter les paroles mêmes de M. Guersant fils à sa clinique. « Ce fait, a dit ce chirurgien, doit être d'un grand enseignement pour tout le monde. Dans l'intérêt de l'humanité, il doit avoir le plus de publicité possible, quels que soient les mécomptes que les charlatans peuvent y trouver. Si les succès que l'on proclame si haut engagent trop facilement les sujets à se faire opérer, ceux-ci trouveront un frein salutaire à leurs désirs, en apprenant que l'opération peut être suivie d'accidents graves. »

Ligature des artères temporales et faciales dans un cas d'épilepsie. — Nous devons compte à nos lecteurs de tous les faits qui portent avec eux quelque enseignement. Parmi ces faits puisés dans la mine féconde des hôpitaux, les uns montrent la voie dans laquelle nous engageons nos confrères à marcher. D'autres leur signalent des erreurs qu'ils doivent éviter; d'autres enfin, viennent figurer dans nos colon-

nes comme un simple enregistrement : Ce sont des observations extraordinaires qui ont bien leur mérite et leur utilité, ce sont des tentatives nouvelles dont le temps seul peut faire apprécier la valeur. Nous les faisons connaître parce qu'elles appartiennent à l'histoire courante de l'art, remettant à plus tard pour les recommander ou les proscrire. C'est dans cette dernière classe de faits que nous rangeons le moyen nouveau que vient d'employer M. Velpeau pour combattre les attaques d'épilepsie. Nous nous sommes élevés trop souvent avec énergie contre les opérations que nous trouvions inutiles, pour avoir besoin de dire nos réserves sur le cas dont il est question. Un homme de trente-six ans, affecté d'épilepsie depuis sept ans, à la suite d'une frayeur, entre, le 29 mars dernier, dans les salles de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité. Il raconte que ses accès, qui ne revenaient depuislongtemps que huit à dix fois par mois, ce qui est déjà considérable, se reproduisaient depuis environ trois mois tous les jours. En effet, on fut témoin d'attaques assez fortes à l hôpital. Le troisième jour de son entrée, M. Velpeau, enhardi par quelques faits épars çà et là dans la science et qui ont passé jusqu'à ce jour inaperçus, voulut tenter la ligature de quelques artères de la tête. Il lia, en effet, les deux artères temporales. Ce jour là le malade eut encore un nouvel accès d'épilepsie mais léger, et le jour suivant il fut parfaitement tranquille. Le 4 avril, M. Velpeau comprima les deux artères faciales sur les bords du maxillaire inférieur. Les accès ne revinrent plus. Le chirurgien ne se borna pas là, le 5 avril il lia ces deux mêmes artères faciales. Nous devons dire que depuis ce jour jusqu'au 15 avril, époque où ce malade a voulu absolument quitter l'hôpital, il n'y a eu qu'un seul accès dans la nuit, dont le malade n'a même pas eu connaissance, et, cependant depuis plusieurs mois il n'était pas de jour où il n'eût au moins une attaque. Ce résultat est-il dû à la ligature des artères temporales et faciales? C'est probable ; cependant la suite nous apprendra si l'on doit compter sur un semblable moyen, car le malade a promis de revenir de temps en temps à l'hôpital. Du reste, l'on comprend qu'on ne peut tirer aucune conclusion de ce fait, et qu'il ne saurait servir de base à une méthode de traitement de l'épilepsie.

Bons effets de l'extrait de belladone pour la réduction du paraphimosis. — Il y a longtemps déjà, car c'est en 1834, que M. le docteur Mazade a le premier signalé, dans ce recueil, aux praticiens, tome VII, p. 67, l'action avantageuse de la belladone dans le phimosis et le paraphimosis accidentels. Depuis lors, ce médicament a procuré d'importants résultats à ceux qui l'ont employé dans ces affec-

tions, et nous avons eu nous-même à nous applaudir de son efficacité dans trois circonstances graves. Comme les choses utiles ne sauraient être trop répétées, parce qu'elles peuvent être perdues de vue, nous devons mentionner deux observations récentes de paraphimosis guéris, au moyen de la belladone, par M. le docteur de Mignot de Bordeaux. —Un enfant de trois ans et demi était atteint d'un violent paraphimosis. Le gland était rouge, tuméfié, très-sensible à la pression ; le prépuce, fortement tiraillé en arrière, formait un bourrelet épais et comme adhérent. Le volume de la verge était augmenté du double, et cet organe, douloureux et tendu, était constamment affecté d'une demi-érection. La constriction, très-forte, s'opposait entièrement à la circulation des vaisseaux de retour. Lorsque le petit malade fut présenté à M. de Mignot, cet état durait depuis huit jours, et les douleurs étaient atroces.

La réduction étant impossible, on prescrivit les antiphlogistiques sous toutes les formes et à haute dose ; des sangsues furent appliquées au périnée et à l'hypogastre ; les tisanes rafraîchissantes, les lavements émollients, les cataplasmes locaux, les lotions et surtout les demi-bains mucilagineux furent prodigués : tout cela ne produisit qu'un soulagement faible et de courte durée. Peu de jours après, l'étranglement fit des progrès rapides et effrayants : toute la peau de la verge se boursoufla et devint livide. La douleur, autrefois légère et saccadée, devint continuelle et intolérable ; le gland était bleuâtre, et les tissus manaçaient gangrène. Tout débridement paraissant dangereux, à cause du boursouflement des parties, M. De Mignot songea, dans cette grave occurrence, au relâchement qu'il pourrait obtenir de la belladone, et il l'employa en frictions, toutes les heures, autour du gland, incorporé dans une pommade dont voici la formule :

Cérat simple. . . . . . 30 grammes.
Extrait de belladone. . . 12 grammes.
Eau distillée. . . . . . . Quantité suffisante.

Sous l'influence de ce remède, le cercle de constriction se relâcha, se dilata, et, peu à peu, les tissus reprirent leur position normale. Il n'y eut point de suppuration ni de perte de substance ; il n'y eut point de fonte purulente, point de lambeau gangréneux, et maintenant on ne dirait jamais, à voir l'organe naguère malade, qu'il a été en proie à d'aussi graves désordres.

La seconde observation a trait à M. X... qui, à la suite d'un coït suspect, fut atteint d'une blennorrhagie des plus intenses. Il ne fit aucun cas de cette maladie, et poussa l'imprudence jusqu'à faire de longues courses à cheval. Il revint avec une balanite violente, qui fut bientôt suivie de paraphimosis. Le boursouflement était tel, qu'au

niveau du frein le prépuce avait l'aspect d'un autre gland. Bientôt ce dernier, de plus en plus rouge et tuméfié, devint bleuâtre et livide ; la douleur s'exaspéra ; l'on vit apparaître une fièvre brûlante, du délire, des soubresauts dans les tendons, et tous les phénomènes qui prouvent qu'une affection locale s'est généralisée. M. de Mignot proposa l'opération ; mais le malade, méticuleux et craintif, la repoussa avec énergie Il fallait donc continuer les antiphlogistiques, ressource impuissante contre de si graves désordres Mais le mal empirait, et la gangrène menaçait des tissus où la circulation était désormais impossible. C'est alors qu'on eut recours à la pommade de belladone. Cet agent thérapeutique produisit une amélioration rapide et un prompt amendement dans les symptômes. Sous son influence, les tissus se relâchèrent, la douleur se calma, et l'infiltration disparut peu à peu. Il ne resta qu'un léger épanchement séreux au niveau du frein ; mais cette espèce d'œdème céda bientôt aux lotions astringentes.

La belladone a encore réussi dans un cas de phimosis accompagné de chancres et de syphilis. M. Bélisaire se présenta à M. de Mignot, avec un phimosis considérable, compliqué de huit chancres qu'il était impossible de découvrir ; de plus, un bubon symptômatique s'était déclaré à l'aine gauche. Enhardi par les deux succès précédents, il eut recours à la pommade de belladone. Trois jours après l'emploi de ce moyen, la dilatation de l'orifice préputial était complète. Ces nouveaux faits sont importants, et remettent en lumière l'efficacité déjà reconnue de la belladone dans les étranglements dont il vient d'être question.

De l'influence de l'imagination de la mère dans la production des monstruosités. — On entend par monstruosité tout produit de la génération dont le développement a été arrêté, ou s'est écarté des règles imposées par la nature à la formation des êtres vivants.

La cause prochaine de la monstruosité est une altération quelconque, éprouvée dans le sein de la mère par le nouvel individu, altération qui a agi sur lui dans l'intervalle de la conception à la naissance.

Parmi ces causes se présente en première ligne l'influence de l'imagination de la mère ; influence que beaucoup de personnes sont disposées à nier, mais qui n'existe pas moins comme un fait avéré. En voici un dont M. Burggraeve, professeur d'anatomie à l'université de Gand, garantit l authenticité. Nous le trouvons consigné dans l'excellent journal de M Schoenfeld, les *Annales de Gynécologie*.

Une dame, au troisième mois de sa grossesse, est attirée un jour vers la fenêtre de son appartement par les cris d'un animal : un boucher, son voisin, coupait la gorge à un porc. Effrayée par cette vue, elle se retire ; mais, comme elle l'avoua dans la suite, cette frayeur fut passagère, ce ne fut que plus tard qu'elle commença à craindre que la vue de ce sang n'eût quelque fâcheuse influence sur son fruit. Toutefois la grossesse fut heureuse, mais l'enfant qu'elle mit au monde présentait une espèce de plaie ou de fente à la gorge, dont les bords étaient muqueux, et saignaient au moindre contact. Cette fente a persisté pen-

dant longtemps. A l'époque de la conscription, elle fut pour le jeune homme un motif de réforme, et, aujourd'hui encore, on voit à sa place une cicatrice prête à s'ouvrir au moindre contact.

M. Burggraeve fait suivre cette curieuse observation des réflexions suivantes :

Nous garantissons l'authenticité de ce fait, qui n'a du reste rien de surprenant pour qui connaît les lois de l'organisation. Une de ces lois les plus constantes, c'est que le corps se compose primitivement de deux moitiés laissant entre elles un espace d'autant plus grand, qu'on se rapproche davantage des premiers temps de sa formation. La persistance de cet état primitif donne lieu à toutes les monstruosités par défaut d'union des organes médians : bec-de-lièvre, spina, bifida, etc. Tel était le cas de l'enfant cité plus haut. Lorsque la mère fut effrayée par la vue du porc qu'on égargeait, elle était au troisième mois de sa grossesse, c'est-à-dire à l'époque de la formation embryonnaire, où la fente sus-hyoïdienne n'est pas encore formée. Or, on conçoit qu'un trouble aussi profond a pu déterminer un arrêt dans la force formatrice. Il n'est pas étonnant alors que cet arrêt ait porté sur cette partie du corps de l'enfant qui avait le plus de rapport avec l'objet de la terreur de la mère, et ainsi s'est produite une monstruosité, que la coïncidence des causes qui l'ont déterminée rend sans doute extraordinaire, mais pour laquelle cependant il n'est pas nécessaire de chercher une explication en dehors des lois qui règlent la formation de l'être. On voit ainsi que, loin de renverser la règle, le cas exceptionnel que nous venons de rapporter la confirme, et c'est là l'immense avantage que l'organogénésie a su tirer de l'étude des monstruosités.

Il arrive souvent que le médecin est consulté pour des cas de monstruosité; il convient dans cette circonstance, tout en rassurant l'esprit des familles sur la nature de ces anomalies, de leur faire comprendre la part d'action que l'imagination de la mère peut exercer sur l'enfant, afin que, dans une grossesse subséquente, on écarte de la vue tout ce qui pourrait l'émouvoir trop profondément, et imprimer à l'être faible qu'elle porte dans son sein un cachet indélébile.

Circonstances qui favorisent l'action thérapeutique de l'iode. — Les préparations d'iode constituent une médication trop précieuse pour ne pas recueillir toutes les données que l'expérience fournit pour éclairer leur emploi. M. le docteur Mossisovits, de Vienne, qui a largement employé ce médicament, puisqu'il dit l'avoir administré à plus de huit cents malades, donne, comme résultats de cette étude comparative, les faits suivants :

C'est lorsque l'atmosphère est claire et sèche que l'iode a le plus d'action ; elle est presque nulle lorsqu'il règne des épidémies de variole, de fièvre puerpérale et de diarrhée ; très-énergique, au contraire, lorsque la constitution médicale est inflammatoire et catarrhale.

La teinture d'iode est la plus difficile à manier ; de toutes les préparations d'iode, c'est celle qui provoque le plus les atrophies glandu-

laires, la dyspnée, les hémoptysies et la constipation. Ce n'est pas, selon l'auteur, une simple solution alcoolique, mais une combinaison nouvelle, dont la nature est encore inconnue.

La forme la plus convenable est l'hydriodate de potasse dissous dans l'eau distillée : car les pilules, poudres et bols décomposent le sel et mettent à nu l'iode qui s'attache aux voies digestives, provoque une saveur âcre à la gorge, le vomissement, la diarrhée, et se retrouve souvent à l'état métallique dans les matières rejetées.

Les malades doivent, pendant le traitement ioduré, s'abstenir de toute espèce de fécule, l'amidon décomposant les préparations de cette substance.

Les crises déterminées par l'iode sont la salivation et une éruption semblable à la scarlatine ou à la miliaire. Les urines sont d'autant plus modifiées que la diète est plus sévère.

Les bains de sel marin sont un excellent adjuvant du traitement ioduré.

La dose, pour les adultes, est d'un gramme d'hydriodate de potasse et de vingt-cinq milligrammes d'iode dans cent grammes d'eau distillée à prendre chaque jour; tous les quatre jours on peut augmenter la dose de cinquante centigrammes; l'auteur a même été jusqu'à celle de deux grammes d'hydriodate de potasse et de vingt-cinq centigrammes d'iode. On peut très-bien couvrir les parties ulcérées avec des compresses trempées dans cette solution. Si l'on a affaire à une tumeur non ulcérée, on la frictionne avec une pommade composée de deux grammes de proto-iodure de mercure dans vingt-quatre grammes d'axonge. Si on veut une forte révulsion, il vaut mieux employer le deuto-iodure dans la même proportion; il est même plus efficace encore lorsqu'on l'emploie sous forme d'emplâtre.

L'auteur emploie aussi l'iode en frictions sur et sous la langue; la forme est un mélange de dix-sept milligrammes d'iode avec dix centigrammes de poudre de lycopode.

Les maladies dans lesquelles l'iode a été le plus efficace entre les mains de M. Mossisovits, sont : l'ozène, les ulcères de la bouche, du larynx et du pharynx; les éruptions impétigineuses, psoriques, dartreuses; les éruptions et les ulcères syphilitiques ou entretenus par l'abus du mercure; les excroissances dures, charnues ou condylomateuses; les tumeurs blanches dues à une altération des surfaces cartilagineuses.

Le gonflement des ligaments articulaires, les affections périostiques vénériennes ou autres, les exostoses, les gonflements des vaisseaux et des ganglions lymphatiques.

L'endurcissement scrofuleux du tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire; le développement de tubercules scrofuleux dans les capsules articulaires; les affections du tissu spongieux des os; les maladies scrofuleuses de l'encéphale.

VARIÉTÉS.

Cours sur l'histoire et la philosophie de la chirurgie. — Un des cours les plus brillants qui aient été faits depuis longtemps, est celui qu'a commencé le 14 de ce mois, dans un des amphithéâtres de l'École

pratique, M. Malgaigne, sur l'histoire et la philosophie de la chirurgie. Aussi, quel immense concours d'auditeurs ! Docteurs et élèves se pressent bien avant l'heure dans l'enceinte, beaucoup trop étroite pour les contenir tous, pour entendre la parole vive, animée, éloquente du professeur. Ce cours est un véritable triomphe pour M. Malgaigne ; la faveur du public médical qui l'entoure est la digne récompense des longs et graves travaux auxquels il a dû se livrer pour le préparer.

— *Jury de médecine.* Une ordonnance du ministre de l'instruction publique vient de nommer les présidents et les membres des jurys de médecine.

Dans les départements qui composent la circonscription de la faculté de Paris, ces jurys seront présidés par MM. Adelon et Bérard. Dans les départements qui composent la circonscription de la faculté de Strasbourg, par MM. Forget et Stoltz. Dans les départements qui composent la circonscription de la faculté de Montpellier, par MM. Dubreuil et Bouisson.

Les membres des jurys de médecine, pris dans les trois facultés, sont, pour la circonscription de Paris : MM. Velpeau, Bouillaud et Gerdy ; pour celle de Strasbourg : MM. Coze, Fée et Caillot ; pour celle de Montpellier : MM. Golfin, Delmas et Risueno d'Amador.

— Le 2 mai prochain aura lieu, devant la faculté de Paris, l'ouverture du concours pour une chaire de pathologie externe et une chaire de clinique chirurgicale dans la faculté de Strasbourg. Les deux professeurs désignés professeront alternativement, pendant un semestre, la pathologie ou la clinique chirurgicale, de sorte que ces cours auront toujours lieu tous les deux à la fois.

Les candidats pour ces deux chaires sont MM. Rigaud, Després Dufresse, Maisonneuve, Alp. Sanson, Maslieurat, Lacauchie, Bach, Sédillot, Robert. — L'académie de médecine a, dans sa dernière séance, nommé les juges, pris dans son sein, qui doivent faire partie du jury de ce concours ; ce sont MM. Réveillé-Parise, Jobert de Lamballe, Renoult, Espiaud ; et suppléant, M. Hervez de Chégoin.

— M. Ballard, professeur de chimie à la faculté des Sciences de Montpellier, vient d'être nommé professeur adjoint de chimie à la faculté des Sciences de Paris, en remplacement de M. Dumas, institué professeur de cette chaire. M. Ballard était le candidat présenté par la faculté des Sciences et par le conseil académique de Paris.

— A la suite du long et brillant concours qui vient d'avoir lieu, M. Blandin a été nommé à la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand. Au premier tour de scrutin, il a obtenu sept voix, M. Bérard deux, M. Robert deux, M. Michon une.

— L'illustre et vénérable M. Geoffroy Saint-Hilaire a donné sa démission de professeur au Muséum d'histoire naturelle. Après une vie si pleine et si fructueuse pour la science, il a voulu goûter un peu de ce repos qu'il a si bien mérité.

— M. Savart, membre de l'Institut, professeur au collége de France, connu par des travaux importants sur l'acoustique, vient d'être enlevé à la science ; il n'avait pas encore cinquante ans.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

ESSAI DE THÉRAPEUTIQUE MORALE.

Medicina nihil aliud est quam animi consolatio.
(PÉTRONE.)

III

Étude séméiotique sur les affections morales.

Jusqu'à présent j'ai considéré les agitations de l'esprit et l'exaltation nerveuse qui en est le résultat, dans leurs effets généraux, puis dans les organes qui, secondairement, en sont le plus souvent atteints. Il s'agit maintenant d'en apprécier la violence, d'en préciser l'étendue par les signes qu'elles peuvent fournir à l'observation médicale. Avouons-le encore, de grands obstacles se présentent pour arriver, je ne dis pas à la certitude, mais seulement à ce degré de probabilité qui en tient lieu en médecine, degré capable de fournir des indications positives sans lesquelles il n'y a pas de thérapeutique possible. Trouver le vrai par un examen profond et judicieux des probabilités, discerner par les phénomènes extérieurs, les affections morales plus ou moins cachées; déterminer, par la valeur et la forme de ces phénomènes, la violence de ces affections, l'énergie de l'idée fixe qui prédomine dans l'imagination, tyrannise la raison, et les conditions morbides qui en résultent, constituent un problème d'une solution très-difficile. Dans la pathologie matérielle on ne peut nier que bien des fois les signes caractéristiques d'une maladie ne présentent de l'incohérence, et par là de l'incertitude dans le diagnostic, que sera-ce quand il faudra scruter, examiner, sonder les plaies morales? C'est une science bien étendue, car elle commence à l'analyse des sentiments et finit à la détérioration organique la plus complète. Combien il serait à désirer que les médecins pussent se donner autant de peine pour connaître les passions afin de les calmer que les hommes du monde pour s'y livrer et s'en servir! Remonter à la cause, comparer ses effets probables avec le tempérament moral et la constitution physique du malade, connaître et juger les habitudes, anatomiser, scruter tous les mouvements du corps, même les plus légers; étudier les regards, les gestes, les inflexions de voix, l'accent des paroles, le sourire le plus imperceptible, saisir les mille altérations fugaces de la physionomie, qui contractent ou épanouissent les traits selon les sentiments qui agitent l'âme et préoccupent l'esprit, telle est la très-

faible esquisse de la pathognomonie pathologique en ce qui concerne la souffrance morale. C'est le cas de ne rien négliger ; tout est symptôme, tout est indice, tout doit donc être étudié, connu, approfondi avec discernement, avec sagacité, et pourtant sans une indiscrète curiosité. il est des cas où le médecin, connaissant depuis longtemps le malade, pénètre tout d'abord les funestes résultats de l'affection morale, mais, outre que cette circonstance n'est pas la plus fréquente, on n'ouvre pas toujours le fond de son cœur au médecin, pas même à son ami ; il y a des douleurs de l'âme qu'on est forcé de cacher le plus profondément possible.

D'ailleurs, l'homme qui souffre ne dit pas seulement ses souffrances morales ; quand il les dit, presque toujours aussi il exprime ses craintes, ses opinions, ses préjugés, ses propres inspirations, souvent encore les suggestions d'autrui. Chaque malade raconte parfois ses douleurs dans le sens du mal qu'il redoute ou qu'il veut feindre, dans le but d'obtenir les consolations qu'il désire ou les remèdes qui ont sa confiance. C'est là ce qui rend difficile l'appréciation d'une douleur morale vive et profonde. Bien plus, le malade lui-même ne sait pas d'abord s'en rendre compte dans les premiers moments ; il est comme étourdi du coup qui l'a frappé mentalement. Ainsi qu'au début de toute maladie organique, il y a un premier *molimen pathologicum* qui rend confus les symptômes et les fait presque inintelligibles. Il est peu d'hommes qui n'aient éprouvé dans leur vie une pareille disposition. Avez-vous subi quelquefois cette douloureuse activité du corps, cette fièvre d'inquiétude qui s'empare de tous les sens lorsque l'âme est frappée de quelque grande douleur ou d'une très-vive inquiétude? alors vous pouvez concevoir ce qui se passe chez le patient. On va, on vient, on s'arrête, on cherche à secouer le poids dont on est écrasé ; on marche au hasard, on porte son attention sur tous les objets, espérant dominer la turbulence de la passion, le chaos des pensées. Mais c'est presque toujours en vain, on ne peut surmonter l'idée qui domine, qui oppresse, pas plus que l'événement sinistre qui l'a produite. Cependant peu à peu la pointe aiguë de la douleur s'émousse, les idées s'éclaircissent, les symptômes se régularisent, les signes se prononcent, et, si l'idée continue, le médecin peut déjà entrevoir et calculer la force de l'émotion, son degré, sa direction, et l'influence qu'elle doit avoir sur l'économie, en un mot les indications sont déjà formelles et décisives.

Cependant ces indications, il faut le dire, seront plus promptement connues, plus faciles à remplir, si le médecin est aidé par les confidences du malade ; la sûreté, la portée du diagnostic en dépendent souvent. Toutefois il est sur ce point plus d'une importante remarque à faire ; tous

les hommes ne se ressemblent point au physique, c'est bien autre chose quand il s'agit du moral. Que de caractères opposés ! que de formes variées d'intelligences ! Combien les cœurs diffèrent, combien les manières de sentir, de jouir, de souffrir et d'*exprimer*, sont diverses chez les individus doués d'une grande prédominance nerveuse ! Il en est qui ont une telle susceptibilité de sensation et d'impression, une si grande facilité d'expansion, qu'au moindre bien ou au moindre mal, ils s'échappent aussitôt en affections extérieures. Ceux-là ont une grande difficulté à se posséder et à se conduire; les plus légères contrariétés de la vie, les poussent et les emportent; ils éclatent en plaintes, en gémissements, en expressions vives, chaleureuses, dès que l'aiguillon de la douleur se fait sentir, que le malheur les menace ou les frappe, que la maladie ou la crainte d'une maladie les atteint. Il en est d'autres, au contraire, d'une complexion peu active, d'un caractère froid, compassé, qui supportent le mal avec patience, en attendent la fin avec résignation, ou bien même s'y accoutument, et, se faisant une seconde nature, se conforment en tout aux arrêts de la fatalité [1]. On en voit dont la résignation est devenue, par principe religieux, un sentiment si profond, si vrai, qu'il ne semble rien leur coûter; l'expression de la physionomie jointe à d'autres symptômes peut attester les douleurs qu'ils souffrent et inspirer la pitié, mais leurs discours ne la demandent pas. Loin de parler de leurs souffrances, ils sont toujours prêts à partager celles des autres; cette observation est particulièrement applicable aux femmes. Quelques-uns se plaisent à rassurer leurs proches et leurs amis sur la douleur qu'ils éprouvent, sur le terme de leur existence; ils s'interdisent la plainte, ils s'imposent un calme apparent; mais, dans l'ensemble des symptômes, le médecin sagace, expérimenté, y voit la mort écrite en caractères qu'il déchiffre seul. On trouve encore des hommes qui sentent vivement, mais, ayant acquis l'art difficile de commander à la douleur, ils savent, selon l'énergique expression corse, ***avaler leurs larmes***. Plusieurs ont cet état de tranquillité froide, produite par l'excès même des malheurs, car, pour l'homme qui souffre, le désespoir est quelquefois comme certains poisons, tout ce qui dépasse une dose connue n'a plus d'action sur l'économie. Enfin, il en est encore dont le caractère trompeur, hypocrite, dirigé par l'orgueil ou l'intérêt, ne laissent jamais apercevoir la vérité. Pierre Mathieu, ancien historien de Louis XI, dit de ce prince : « La dissimulation fut la dernière

[1] « C'était un homme si raisonnable, qu'étant à l'agonie, un de ses neveux lui criait : «Mon oncle, songez à Dieu.» Il lui répondit : «A qui veux-tu donc que je songe ? Au diable ? » (Hist. *Tallement des Réaux*, tome V.)

» chemise qu'il dépouilla. » Or, comment pénétrer de tels esprits, comment y reconnaître ce qu'ils veulent ou repoussent, ce qu'ils craignent et ce qu'ils espèrent? Cependant un médecin habile peut y parvenir, et Coictier, médecin de Louis XI, lui-même, en est un insigne exemple.

Sans pousser plus loin l'examen de ces différences dans les caractères, ce que j'en ai dit suffit pour démontrer que l'observateur ne doit s'en rapporter qu'à lui-même, car les apparences sont parfois éminemment trompeuses. Qu'il écoute donc les aveux, qu'il prête l'oreille, qu'il ouvre son cœur aux confidences, mais qu'il ne s'en rapporte qu'à des preuves directes, à des témoignages irrécusables et qui se lient directement aux symptômes. Les ouvertures de cœur des malades au médecin sont assez rares et jamais entières, quand il faut toucher certaines cordes délicates; il est souvent plus difficile qu'on ne croit de démêler la vérité, de distinguer au premier coup d'œil une de ces joies profondes qui ne paraissent pas sur les lèvres parce qu'elles sont tout entières dans l'âme, cet accent profond de sourde colère, d'aigre chagrin, de déception amère qui laisse voir au fond du cœur plus que les mots ne disent, ou bien tout ce que sous un sourire affecté il y a d'inquiétude et d'angoisse. Les hommes savent *tout exprimer*, ils savent aussi *tout cacher*, non-seulement par les caractères spéciaux de l'intelligence, mais d'après les intérêts présents ou à venir, les motifs, les opinions, les préjugés, et une foule de circonstances produites, modifiées par la vie sociale. Ce qu'il y a de certain, c'est que la sensibilité morale et la sensibilité physique du tempérament, sont presque toujours les causes déterminantes des symptômes extérieurs de la souffrance de l'âme; c'est donc sur cette base qu'il faut établir le diagnostic et les indications. Rappelons-nous à cet égard, ce que dit Cabanis de son maître le docteur Dubreuil, qui mourut jeune après avoir acquis une immense célébrité. Ce médecin était un de ces rares et profonds anatomistes de la pensée, auxquels rien n'échappe de ce qui est caché dans les derniers replis de la conscience de leurs malades. Quel était son secret? D'avoir classé avec sagacité les différents modes de sensibilité de ses malades. Il en avait établi trois principaux, puis sur chacun d'eux, il savait encore saisir ces traits fugitifs, ces nuances délicates, imperceptibles pour les médecins superficiels; et, malgré cette étude, on peut encore tomber dans l'erreur, car qui a jamais vu clair dans le cœur humain? C'est un pays où l'observateur marche à tâtons, souvent plus trompé que guidé par l'expérience, cette lueur incertaine qui le précède. Voilà pourquoi la *séméïotique* des sentiments extrêmes et douloureux, considérés sous le rapport du trouble qu'ils apportent aux fonctions de l'organisme, est si peu connue, si incertaine, dans ses appréciations et ses moyens.

Il faut ajouter à ces difficultés que l'émotion profonde, comme tout ce qui est violent, devient par cela même irrégulière; aussi le premier moment d'examen ne suffit-il pas pour conclure. Jamais le repos complet n'existe, mais l'agitation n'a pas toujours le même degré, et cette remarque en facilite beaucoup l'étude. Ainsi, sans recourir aux douze notes de la *gamme passionnelle*, établie par Fourier, je rappellerai qu'en général toute souffrance morale présente des points opposés, l'exaltation et la prostration, et que les signes qui la décèlent comme les résultats qu'elle peut avoir, se tirent de cette importante considération. S'il peut arriver que cette alternative ait lieu à des distances assez longues, on peut observer aussi que dans certains cas elle présente très-peu d'intervalle; ne perdons pas de vue la sensibilité morale, elle n'est jamais ni égale, ni monotone; ni continue, et lorsque l'auteur de Tristram Shandy assure que la marée de nos passions monte et s'abaisse dix fois par jour, il exprime une vérité *médicale* très-facile à démontrer. Qui ne sait que chez les névropathiques, il y a des jours où tout paraît jouissance et bonheur, où le corps semble plus léger, plus fort, plus rempli de vie, où l'âme est heureuse, épanouie, sans motif connu; elle jouit, elle est heureuse. D'autres fois le contraire s'observe, le malheur, les ennuis, l'inquiétude, semblent fondre sur un individu et l'accabler de leur poids imaginaire. Ce sont de pareilles données que le praticien, jaloux de connaître la plus belle partie de son art, ne doit jamais ignorer. Plus le malade cherche à dissimuler la cause morale de sa maladie, de son épuisement physique, plus il faut tenter d'efforts pour la découvrir; la guérison est à ce prix. Voulez-vous savoir si une douleur est vraie, demandez si elle se cache. Voilà le principe en général, et sa justesse est fondée sur une expérience peu démentie, sauf les diversités de caractères dont j'ai parlé précédemment. Il y a donc des douleurs muettes, des douleurs qu'on renferme à triple tour, qui n'ont ni exclamation, ni explosion; des douleurs qui glacent le cœur, qui stupéfient, qui donnent un calme apparent, douleurs mille fois plus terribles que le désespoir qui s'exhale et se fait jour. Ce sont de pareilles douleurs que le médecin doit s'attacher à découvrir; tels sont les malades qu'il faut suivre pas à pas, observer avec persévérance, entourer de soins attentifs et investigateurs. Montaigne dit avec raison des cris et des plaintes : « Qu'ils évaporent les secrets de l'âme. » Le contraire a lieu chez certaines personnes d'un moral vigoureux. Quelquefois, malgré leur dissimulation, un trait qui échappe, éclaire un ensemble, une suite de sentiments douloureux, met le médecin sur la voie et pose les indications. En effet, toutes les fonctions, tous les organes ne convergent-ils pas vers l'unité vitale? Il en est de même lors-

qu'il s'agit des actes de la vie morale, tous s'absorbent dans l'unité intellectuelle, constituée par le MOI; d'où résulte que, si dans une maladie ordinaire un phénomène bien apprécié, jette un grand jour sur les autres, de même aussi un trait de caractère bien saisi peut singulièrement aider l'œil du médecin et guider le tact de son intelligence. Accordons qu'aucun homme n'a toujours son âme sur son visage, il n'en est pas moins vrai que l'état de cette âme, surtout quand elle est agitée, se décèle tôt ou tard par des signes manifestes, pris dans l'ensemble de l'organisme, *corpus animum tegit et detegit.*

Ainsi, bien que le corps ne puisse jamais être l'expression complète de l'âme, car il ne lui est pas donné de la traduire dans les nuances les plus fugitives de ses impressions et de ses sentiments, on ne saurait nier, en raison de leurs constantes relations, de leur *harmonie établie*, si l'on veut, que la vérité ne s'échappe et ne devienne frappante aux yeux qui savent voir, à l'esprit qui sait comprendre. Lavater prétend qu'un physionomiste habile pourrait, les yeux bandés et au simple attouchement de l'os de la mâchoire, deviner en grande partie un caractère qui aurait échappé jusqu'à ce moment à ses recherches [1]. Il y a du vrai dans cette remarque fondée sur l'unité organique et sensitive de l'homme. Il en est de même pour les symptômes extérieurs qui peignent les sentiments intimes; un soupir, une larme, un mot dit d'une certaine manière, un froncement de sourcils, un serrement de main, une sorte de frémissement qui s'y fait quelquefois sentir, etc., peuvent mettre sur la voie et servir de guide; d'autres fois, c'est une remarque, une fine observation morale qui lève le voile et prouve l'état de l'âme, la force ou la faiblesse, la tenacité du sentiment qui l'agite [2]. Chaque partie conservant la nature et le caractère du tout, nous indique la vérité que l'ensemble rend ensuite plus évidente. Il y a d'ailleurs des moments où l'âme est lasse de se replier sur elle-même, où elle a besoin de se répandre au dehors, et où les secrets les plus intimes viennent d'eux-mêmes se placer sur les lèvres. C'est ainsi qu'on peut reconnaître et

[1] Bien avant Lavater, Lommius, savant médecin du seizième siècle, avait dit : *Nulla enim corporis pars est, quamlibet minuta et exilis, quantùmvis abjecta et ignobilis, quæ non aliquod argumentum, insitæ naturæ, et quò animus inclinet, exhibeat.* (*Observationum medicinalium libri tres.* Francfort, 1643.)

[2] Madame de Staal (mademoiselle Delaunay), raconte qu'un de ses amants la reconduisait tous les soirs. « Il y avait, dit-elle, une grande place à passer; » dans les commencements de notre connaissance, il prenait son chemin » par les côtés de cette place. Je vis alors qu'il la traversait par le milieu, » d'où je jugeai que son amour était au moins diminué de la différence de la » diagonale aux deux côtés du carré. » (Mém., tome I, page 58.)

sonder la douleur des âmes fortes, qui ne jaillit pas au dehors, qui s'alimente même de son silence ; mais comme l'a dit un homme d'esprit, ayez soin de poser successivement le doigt sur tous les points du cœur, et quand la pression fera crier le malade, il faut dire : *C'est là.*

Recherchons donc les signes que peuvent fournir certaines parties du corps, autant du moins que l'expérience a fourni sur cet objet des données plus ou moins positives.

Sans entrer à cet égard dans de grands détails, rappelons que *l'habitude du corps* du malade, surtout si on l'a connu, bien plus encore si on a vécu avec lui, peut donner des indications plus ou moins précises. Le corps est courbé, élevé, ferme, à mouvements égaux, harmoniques ou brusques et saccadés selon les sentiments qu'on éprouve. Ajoutons à ces mouvements plus ou moins réguliers, les signes fournis par les *gestes.* Comme la parole parlée, les gestes sont le *verbe* extérieur de l'esprit ; de là leur valeur et leur signification. Ce signe présente un caractère d'autant plus précieux qu'il est pour ainsi dire *automatique*, et annonce une forte préoccupation de l'esprit. En effet, presque toujours le geste a lieu sans que l'âme semble participer à son mécanisme, et cependant il en exprime très-nettement la situation. Un simple haussement d'épaules annonçait chez Napoléon le mépris qu'il faisait d'un homme qu'on lui vantait.

La démarche plus ou moins précipitée indique, aussi de vives et profondes agitations de l'âme, une inquiétude morale qu'on ne peut ni contenir, ni diriger. Au contraire, le repos de l'esprit ou une dédaigneuse et philosophique impassibilité, semble affecter la démarche paisible et assurée.

La voix et ses diverses altérations, fournissent également des signes nombreux, très-capables de guider le médecin dans ses recherches. C'est une vérité reconnue que rien n'est plus maîtrisé par l'émotion que la voix ; le son, le timbre, le volume qui la distinguent, en sont les caractères variés que les grands acteurs savent si bien imiter. La voix tremble, fléchit, s'abaisse, s'élève, ou tonne ; elle est douce, âpre, claire, sourde, selon les divers sentiments de l'âme ; c'est un cri déchirant, c'est un souffle qui s'échappe à peine d'une poitrine brisée par le chagrin. La parole brève, précipitée, annonce une très-forte agitation morale. Les différentes inflexions de la parole constituent *l'accent*, qui rend si bien et si vite tout ce que l'émotion a de saisissant et de vif dans le terrible mouvement des passions. Quelquefois le regard ment, le sourire est faux, mais l'accent ne trompe jamais ; pénétrant et indicible, il remue la sensation jusqu'au fond des entrailles. On a beau entourer sa douleur d'une triple enceinte de calme, de froideur et de ré-

signation, la voix est une révélation subite et involontaire de l'être tout entier. C'est au médecin praticien à bien saisir les indications qu'elle fournit. Il est aussi un signe de la voix qu'il faut se garder d'oublier dans la pathologie morale, c'est *le parler* seul. Quand ce signe a lieu, soyez certain que l'âme est profondément troublée. Il ne s'agit plus que de connaître la force du mal et ses effets sur l'organisme ; s'il se prolonge, l'aliénation mentale est imminente.

Il en est de même du *sommeil*, autre signe moins important ; l'insomnie, cette vie de la nuit qui double la durée du chagrin et en décuple l'intensité, est par cela même une des causes les plus fécondes des maladies produites par la douleur morale. Jamais la bienfaisante influence du sommeil ne se fait sentir à l'homme atteint d'une vive affection ; celle-ci se calme-t-elle, ainsi que l'irritation cérébrale qui en est l'inévitable suite, aussitôt le sommeil rafraîchit le sang, calme les nerfs et restaure les forces. Le signe le plus infaillible que l'aliénation mentale tend à guérir, est le retour du sommeil, comme sa perte est l'annonce assurée d'une rechute. En général, qui dort bien, pense peu et se porte à merveille.

Le *pouls*, ainsi que les battements du cœur, peut aussi fournir de précieuses indications, mais j'avertis que ce signe manque souvent de constance et de précision. L'agitation se concentre quelquefois tellement dans les divers centres nerveux, que la circulation du sang n'en est que peu ou point altérée. Il n'est point de praticien qui n'ait observé que pendant des spasmes hystériques les plus violents, et même lorsque des convulsions de plusieurs muscles ont lieu, le pouls est aussi régulier, aussi paisible que dans l'état le plus normal des fonctions. Cependant, comme, d'après les recherches de Haller[1], des nerfs ganglionnaires disposés en réseaux inextricables autour de l'arbre artériel, peuvent transmettre au cœur et aux vaisseaux les sensations extrêmes des centres nerveux, on conçoit que dans certains cas l'agitation du pouls doit fournir des signes de la douleur morale, surtout quand elle est vive et récente. C'est ainsi qu'on peut croire et expliquer l'anecdote si connue d'Érasistrate. Le pouls bien apprécié peut donc, dans des circonstances données, indiquer l'état de l'âme et celui du corps. Tacite nous apprend que Chariclès, médecin de Tibère, reconnut ainsi la fin prochaine du vieux tyran : *Per speciem officii, manum complexus, pulsum venarum attigit: neque* FEFELLIT (ann. VI, 45). « Cet » homme, en lui baisant la main comme par respect, lui tâta le pouls » adroitement, et il ne se trompa point. »

[1] *De nervorum in arterias imperio respondente*, Beckel, mann., (Goëtt., 1774 ; et *opuscul.* tom. I, p. 513).

Mais de toutes les parties du corps, la *figure* est celle qui donne les indications les plus nombreuses, comme les mieux caractérisées. C'est surtout dans la figure humaine qu'on apprend ce qu'il y a d'extraordinaire et d'inconnu dans les harmonies de l'esprit et du corps. « L'air » d'innocence qu'on remarque sur le visage des convalescents, vient de » ce que les passions se sont reposées et n'ont pas encore repris leur em» pire. » (M. Joubert.) En effet, le visage de l'homme, ce tableau animé, s'épanouit ou se contracte, se colore ou se ternit, d'après les impressions multipliées de ce souffle léger et mobile qu'on appelle le sentiment ; de là les notions les plus justes sur l'état de l'homme intérieur. Remarquons en outre que tous les modes de sentiment, même les nuances les plus fines, les plus variées, sont aussitôt exprimées par le jeu de la physionomie. Ainsi comme on l'a observé, tout sentiment extrême, quelle qu'en soit la cause, se peint dans les traits ; autrement dit, chaque passion a son visage. Cela est tellement vrai, que, si l'impression se prolonge, l'empreinte ne s'efface plus; les traits conservent cette expression tourmentée et douloureuse, que laissent sur la physionomie les peines de l'âme longtemps concentrées ; c'est la ce qui compose la physionomie médicale si importante à connaître. Mais s'il y a la physionomie *chlorotique*, *adynamique*, la physionomie de *l'hydropisie*, si bien saisie par Gérard Dowe, la physionomie de la *phtisie*, celle des *cancers*, etc. , il y a également la physionomie de la colère, du désespoir, de l'envie, du chagrin profond et secret. Observons encore que, non-seulement la douleur morale se manifeste dans l'ensemble de la figure, mais encore sur chacune des parties qui la composent. Un sentiment profond, énergique, se peint dans chaque trait du visage en particulier, sur la bouche, sur les joues, sur le front, dans les yeux, dans la couleur de la figure, dans sa pâleur, dans chaque pli, dans chaque froncement de la peau, dans les plus grands, les plus petits, les plus imperceptibles mouvements de la face ; examinez les lèvres : le sourire vrai ou faux, naturel ou forcé, est un signe presque infaillible lorsque le malade, se roidissant contre le malheur, marque une feinte insensibilité, les angoisses du cœur, le rire a quelque chose d'amer, quelque chose de plus poignant que les pleurs ; observez au-dessus des orbites ces profonds sillons tracés par le malheur, et entre les sourcils cette double ligne résultat de la fréquente expression des sentiments violents ; considérez les rides du front, des lèvres, celles que creusent les longs soucis, les amers chagrins, à l'angle des paupières, au-dessous des pommettes, déplorable protestation de nos infirmités permanentes contre nos joies passagères, et vous trouverez des indications pathologiques des plus évidentes. Surtout étudiez les yeux, souvent ils

décèlent les plus secrètes angoisses comme la joie la plus intime. C'est aux yeux et au front que se lit la lettre du cœur. On sait que Boërhaave examinait les yeux de ses malades avec une loupe pour voir si le sang passait dans les vaisseaux capillaires; mais, dans la pathologie morale, l'instrument par excellence est un esprit attentif et pénétrant qui découvre dans les yeux et le regard une âme en proie à la douleur, un corps atteint ou menacé d'une grave maladie.

Il faut avouer pourtant qu'il est des visages auxquels l'âme commande la douleur ou la joie, visages qui trompent et déroutent le médecin observateur par leur trouble ou leur calme apparent. Mais tôt ou tard la vérité se décèle, tantôt par un regard expressif, vif, éclatant ou morne et abattu, tantôt par un sourire artificiel et mécanique qui ne dépasse pas la lèvre, et qu'on finit par reconnaître. Quoi qu'on fasse, il y a toujours dans la figure humaine, *bien observée*, une place où les secrets mouvements du cœur se trahissent; c'est un livre hiéroglyphique où les initiés reconnaissent les caractères des passions et des sentiments profonds. Il est difficile qu'il en soit autrement, car les anatomistes ont remarqué que les muscles de la figure, outre leur nombre multiplié, adhèrent assez fortement à la peau, dans presque toute l'étendue de leur face externe, disposition qui a lieu aussi par leurs appendices sous le cou et le cuir chevelu. Il en résulte qu'ils forment en commun, une sorte de masque très-mobile, véritable et curieux appareil d'expression des idées et des passions. C'est ce qui donne à la séméïotique faciale, une si haute importance dans l'étude des maladies organiques et de la souffrance morale. Il ne s'agit donc que de les étudier avec persévérance et sagacité; bien souvent les patients eux-mêmes ne s'y trompent pas, quand on les met sur la voie. C'est ainsi que Stobœus, d'après Hallez, conseillait de présenter un miroir aux personnes fortement en colère, comme le meilleur moyen de les calmer. Toutefois il convient de faire une analyse minutieuse de chacun des signes corporels. Ainsi, il n'est pas jusqu'à la couleur des cheveux, qui ne mette sur la voie le médecin attentif; on sait toute l'influence du chagrin sur ces parties si dénuées en apparence de sensibilité; une douleur morale, forte et subite, blanchit quelquefois tout à coup les cheveux, à plus forte raison quand le délétère moral agit avec opiniâtreté. Un auteur du seizième siècle, parlant du supplice de Marie Stuart, dit que le bourreau « monstra la teste au peuple qui commença à crier *vive la reine!* (Elisabeth), et comme à cette monstre, sa coiffure chut en terre, on vit que l'ennui et la fascherie avaient rendu en l'âge de quarante-cinq ans, toute blanche et chenue, cette pauvre reyne, qui, vivante, avoit emporté le prix des plus belles femmes du monde. » (*Journal* de Henri III, par Pierre de Lestoile, an 1587).

Il est encore un caractère de l'agitation morale, forte, prolongée et qui a passé dans le système nerveux, c'est la perspicacité rapide et profonde que donne la passion, la douleur, sur l'objet qui l'occupe exclusivement. On peut hardiment attribuer, à cette cause, le surprenant phénomène de la *seconde vue*, dont l'homme exalté se trouve quelquefois doué. En général, l'être passionné a sur certains points, une force, une lucidité de perception très-remarquable, due à deux causes; l'une, physiologique, la concentration nerveuse, sur l'encéphale et les organes des sens; l'autre morale, la forte et constante attention sur une même série d'idées. C'est donc avec raison qu'une femme d'esprit disait : Quand on attend l'homme qu'on aime, pas un bruit n'échappe, on les *distingue* tous; or, ceci peut se dire d'une infinité d'autres circonstances. C'est probablement cette facilité d'exaltation et de concentration qui rend les individus névropathiques, très-exposés aux extases, à la catalepsie, au somnambulisme, à toutes les impressions vives plus ou moins soutenues.

Au reste, il convient de bien poser les signes caractéristiques dont nous venons de parler. Tous ont leur poids, leur signification, leur valeur, mais cette valeur est constamment relative au sujet sur lequel on les observe. Tel individu présentera un formidable appareil de symptômes nerveux, sans qu'il y ait un grand danger, tandis que, chez un autre, le même ensemble de manifestations morbides sera l'annonce des plus graves accidents. C'est ce que l'expérience démontre tous les jours. On voit aussi des malades pusillanimes qui grossissent et exagèrent la douleur morale, comme une souffrance organique, leur imagination étend un voile lugubre sur tous les objets. Ce sont de ces âmes qui sont partout *douloureuses*. Il est encore des individus qui, sous une forme d'insouciance et de gaîté factices, cachent la crainte de mourir. Cette sorte de mépris *gladiatoral* de la vie, n'est qu'une forfanterie contre laquelle le médecin doit être en garde, car, si ce mépris existe réellement, il se cache toujours et le suicide n'est pas loin. On ne saurait nier d'ailleurs que les signes précédemment exposés n'ont pas toujours une corrélation exacte et rigoureuse, avec telle ou telle affection morbide imminente ou déclarée; ils ne donnent que de simples probabilités, bien qu'à des degrés différents. C'est de leur ensemble, c'est de leur liaison, c'est de leurs rapports, que se tirent les inductions les plus saillantes. Le grand principe d'Hippocrate, *non uno signo*, *sed concursu omnium*, trouve ici une juste application. Dans la thérapeutique morale, les signes pathognomoniques sont aussi rares que dans la pathologie matérielle. N'est-il pas vrai que dans cette dernière, le praticien est obligé d'étudier, de

rassembler, d'analyser une foule de symptômes, pour arriver à un diagnostic plus ou moins certain? Or, c'est bien le moins qu'on s'attende aux mêmes difficultés dans la médecine morale, dont la base singulièrement mobile et fragile, réside dans la force ou la faiblesse de la volonté! Cependant, si vous avez bien posé les données du problème, si vous avez saisi la forme, le caractère de la douleur morale, sourde ou patente qui use, qui ébranle et détruit l'organisme; si l'influence morbifère des affections morales sur l'économie vous est connue; enfin, si vous savez employer à peu près ce puissant levier qui a son point d'appui dans le cœur humain, l'*espérance*, soyez sûr que vous obtiendrez d'admirables résultats. Mais c'est surtout dans cette branche de l'art que le talent de l'observation est indispensable au médecin. Il doit connaître et pénétrer le patient, l'étudier, l'approfondir en quelque sorte, posséder ce tact difficile qui saisit les nuances et les variétés, cet art de parler, de se taire, d'agir, de s'abstenir, de s'éloigner, de revenir, en sorte que le malade ne puisse échapper, ni à la finesse de son observation scientifique, ni à la séduction de son dévouement. Passons maintenant aux applications des principes précédents.

Reveillé-Parise.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE; BONS EFFETS DE L'EMPLOI DES PILULES DE LARTIGUE DANS CETTE AFFECTION.

Quoique observée dans les temps les plus reculés, une grande incertitude règne encore sur la plupart des questions qui se rattachent à la goutte. Et cependant peu de maladies ont attiré d'une manière plus spéciale l'investigation des hommes de l'art. Au nombre des médecins célèbres qui se sont occupés de la goutte, il faut citer Hippocrate, Galien, Cœlius Aurelianus. Aretée, Alexandre de Tralles, Frédéric Hoffmann, Baglivi, Tachenius, Boerhaave, Van Swieten, Sauvages, Barthez, Morgagni, Haller, Stoll, James Moore, Mead, Murray, Murs-grave, Forestus, Dehaën, Lieutaud, et enfin, l'illustre Sydenham qui, après avoir souffert pendant trente-quatre ans de cette redoutable affection, succomba dans un âge peu avancé à une attaque de choléra goutteux.

Quelle est la nature de la goutte? Question obscure dont la solution est encore à trouver. Hippocrate d'abord, et Galien ensuite, la firent dépendre du transport de la pituite et de la bile sur les articulations. Stahl et Barthez attribuaient cette maladie à un certain ordre de mouvements vitaux. Les humoristes et les chimistes rapportaient la goutte

les uns à des alcalis, les autres à l'acide phosphorique surabondant dans les humeurs qui circulent dans le corps; il y eut une goutte acide et une goutte alcaline; le traitement qui devait résulter d'une pareille théorie est facile à concevoir. Murgrave prétend que la goutte n'est qu'une affection scrofuleuse des glandes dans les articulations. Frédéric Hoffman la regarde comme une lésion des vaisseaux lymphatiques, une altération de la synovie. Cullen et Boerhaave en font une maladie de tout le système. Sydenham l'attribue au défaut de coction des humeurs occasionné par la faiblesse des solides. Brown ne voyait dans la goutte qu'une asthénie directe, dépendant de toutes les causes débilitantes, ou, en d'autres termes, d'une trop faible quantité de stimulus.

Les progrès de l'anatomie pathologique n'ont ajouté aucun fait nouveau à ceux que l'observation avait révélés à la science. Avant les ouvertures cadavériques faites par Morgagni, Lieutaud, Dehaën, Portal, et tant d'autres, on savait que la goutte exerce ses principaux ravages sur les articulations, où se forment des concrétions, des tophus d'une matière crayeuse, plâtreuse, gypseuse. On pouvait espérer que, remontant de l'effet à la cause, et en montrant qu'elle était cette production constante de la goutte, la chimie fournirait aux pathologistes les éléments d'un traitement méthodique de cette affection. Il résulte des expériences de Tennant, Wollaston, Pearson, Fourcroy et Vauquelin, que les concrétions sont principalement formées d'urate de soude. Cette découverte fit voir l'étroite analogie qui existe entre la goutte et les affections calculeuses. L'urée et l'acide urique étant des produits fortement azotés, il était naturel de croire que la nourriture animale doit surtout les produire. Pearson prétendit même que les concrétions trouvées parmi les espèces herbivores ne présentent jamais d'acide urique; mais ces résultats qui devaient conduire à un traitement si simple et si rationnel de la goutte, sont contestés par M. Vauquelin, qui a trouvé l'acide urique dans les concrétions des herbivores.

Si nous nous occupons de l'étiologie de la goutte, nous voyons qu'en général elle est engendrée par une nourriture trop substantielle, et par le défaut d'exercice après une vie agitée. Sydenham accuse plutôt les excès de vin que la grande quantité d'aliments. Mais que d'exceptions à cette règle! combien de fois n'a-t-on pas vu la goutte exercer ses ravages sur des personnes sobres et tempérantes! d'ailleurs Brown assigne à cette maladie des causes entièrement opposées. Dans la préface des *Éléments de médecine*, il rapporte comment au bout de vingt ans d'incertitudes, il fut mis sur la voie de sa méthode de traitement. Il était dans la force de l'âge, et vivait bien depuis quelques années, lors-

qu'il fut pris d'un accès de goutte, qui se reproduisit six ans après. On lui prescrivit alors une nourriture végétale et l'abstinence du vin ; il suivit ce régime un an, pendant lequel éclatèrent quatre accès de goutte violents. Il résolut de suivre une conduite opposée, se nourrit de viandes substantielles, et ne se priva pas de vin. Pendant les deux ans qui suivirent, il n'eut qu'un très-leger accès de goutte. Enfin, pour prouver jusqu'à la dernière évidence, que cette maladie provient de débilité, un jour qu'il était en proie à une assez forte attaque, il invita plusieurs de ses amis à dîner, mangea convenablement, et but du vin jusqu'à se mettre en gaîté ; dans l'espace de deux heures, il recouvra l'usage du pied malade.

D'après ce petit nombre de réflexions, que nous aurions pu facilement multiplier, on voit combien de recherches il reste à faire sur la nature de la goutte et son étiologie. On ne possède pas de notions plus certaines sur la thérapentique de cette maladie. « La cure radicale et parfaite de la goutte, dit Sydenham, est une de ces choses cachées dans les mystères de la nature, et je ne sais ni quand, ni par qui elle sera découverte. Après y avoir bien pensé, je suis porté à croire qu'on découvrira un jour le remède spécifique de cette maladie. Si cela arrive jamais, on verra quelle est l'ignorance des médecins spéculatifs, et combien ils se trompent grossièrement, dans la connaissance des causes des maladies, et dans le choix des remèdes qu'ils donnent pour les guérir. Nous avons une preuve de cette vérité dans le quinquina, ce grand spécifique des fièvres intermittentes. Pendant combien de siècles les médecins ne s'étaient-ils pas exercés à rechercher les causes de ces fièvres, en employant les méthodes curatives les plus conformes aux diverses théories qu'ils avaient inventées? Que sont devenus leurs systèmes sur les altérations des humeurs, et sur le meilleur régime à suivre, lorsque nous voyons le quinquina, administré d'une manière convenable, guérir presque tous les cas de fièvre intermittente ? »

La liste des remèdes dirigés contre la goutte formerait un volume. Pline, Lucien et Alexandre de Tralles en contiennent un riche catalogue dans lequel les inventeurs modernes n'ont pas manqué de puiser plusieurs de leurs découvertes. Nous ferons grâce au lecteur de la plupart de ces prophylactiques pour indiquer sommairement quelques remèdes ou certaines méthodes qui ont joui de quelque célébrité, et qui méritent une partie de la confiance que des succès incontestables leur ont attirée.

La goutte se manifestant par un symptôme local que n'accompagnent pas toujours des réactions fébriles, on dut penser d'abord à la traiter par des moyens locaux. De là les cataplasmes composés de Celse,

d'Alexandre de Tralles, et plus tard ceux de Rivière et de Pradier. Celui-ci dut aux rapports de Hallé et de Chaussier une vogue qui ne s'est pas soutenue. Ces deux médecins célèbres lui attribuent surtout la propriété de provoquer l'accès de goutte, et de le rendre plus facile et plus court. C'est dans les répercussions dangereuses de la goutte que nous croyons devoir en recommander l'emploi, et que nous en avons retiré de bons résultats; voici du reste la composition de ce remède :

Baume de la Mecque.	24 grammes.
Quinquina rouge.	30
Safran.	15
Sauge.	30
Salsepareille.	30
Alcool rectifié.	un kilogramme et demi.

Faites macérer vingt-quatre heures, et mêlez avec trois kilogrammes d'eau de chaux. On verse sur un vaste cataplasme de graine de lin, 60 gramm. de la liqueur obtenue; on renouvelle l'application toutes les vingt-quatre heures.

Il y a quelques années, M. Turk employa pour le traitement de la goutte divers remèdes de son invention qui furent d'abord secrets. Je doute qu'il ait opéré des cures sans récidive; mais il est certain qu'il procura à plusieurs goutteux de la capitale un soulagement marqué. Malheureusement les améliorations ne furent que passagères, et le même remède qui paraissait d'abord doué de vertus si bienfaisantes, est resté plus tard inefficace chez les mêmes malades. Ce traitement consistait dans l'usage d'une tisane de bourrache, et d'un sirop qui contenait un sel de potasse, et surtout en frictions générales faites avec le liniment suivant :

Lessive de soude caustique à 8° saturée d'alumine en gelée.	10 litres.
Gomme arabique.	220 grammes.
Térébenthine de Chio.	200
Huile d'olives.	100
Alcool camphré à 36°.	250

Quoi qu'il en soit de l'efficacité de ces deux remèdes, la plupart des applications externes, si elles ne sont pas dangereuses, sont inutiles et incommodes. Stoll et Sydenham se prononcent contre les topiques astringents; Barthez blâme les narcotiques; Hoffmann les liniments camphrés. Un grand nombre de médecins couvrent de flanelle et de taffetas gommé le membre attaqué de goutte, d'autres n'approuvent pas ce

moyen ; d'autres enfin, et particulièrement Giannini, conseillent, sur la partie malade, des lotions froides répétées. J'ai connu un secrétaire d'ambassade russe, qui ne traitait pas autrement ses accès de goutte, et qui s'était toujours bien trouvé de l'application du froid.

A moins d'indication particulière, on ne saurait recommander dans la goutte les émissions sanguines. C'est d'une saignée du bras, pratiquée pendant un accès, que mourut l'amiral Suffren. Sydenham ne la permet que chez les malades encore jeunes, échauffés par les excès du vin, et seulement au début du premier accès, jamais autrement. Frédéric Hoffmann recommande d'appliquer les ventouses sous la plante des pieds tous les trois mois, et prétend que cette méthode, dont il s'est servi pour lui-même, a été utile à un grand nombre de personnes. A une époque plus récente, Paulmier préconisa un traitement qui consistait à faire sur le point affecté plusieurs applications de sangsues, et ce moyen employé avec hardiesse, lui procura des guérisons remarquables.

Les purgatifs, et surtout les drastiques, ont été tour à tour vantés et repoussés. Ces agents thérapeutiques dont se composaient la plus grande partie des remèdes secrets, ont fait la réputation de plusieurs empyriques. Sydenham les regardait comme pernicieux, et repoussait même les minoratifs, soit au début soit à la fin des accès, et même dans les intervalles. Le docteur Cheyne ne peut approuver cette proscription absolue. Pour lui, la véritable méthode de traitement consiste à entretenir pendant l'accès une transpiration abondante, et dans les intervalles de la maladie, à faire faire de l'exercice en secondant ce moyen hygiénique par des purgatifs doux et stomachiques.

Dans sa dissertation sur la goutte, de Sault prétend que les sudorifiques proscrits par un grand nombre de praticiens recommandables, sont les véritables spécifiques de cette affection. Selon cet auteur la cause de la goutte est le défaut de transpiration insensible ; aussi les vieillards en sont-ils plus fréquemment atteints que les adultes, les gens oisifs et d'une corpulence humide plutôt que les hommes actifs et à fibre sèche. L'hiver et les climats froids favorisent la génération de la goutte, dont les douleurs sont plus intenses pendant le refroidissement de la nuit Ces considérations sont pour de Sault la preuve suffisante que le but principal qu'on doit se proposer pour guérir la goutte est de rétablir la transpiration.

Enfin, passant sous silence une foule de remèdes dont l'énumération seule nous conduirait trop loin, nous en mentionnerons deux qui méritent la préférence sur tous les autres, le quinquina et le colchique. D'après Sydenham, le quinquina tient le premier rang parmi les remèdes

simples préconisés contre la goutte; le docteur Cheyne partage cette opinion. Held l'employa à doses énergiques avec de tels succès qu'il l'appela un remède divin. Tavarès et Giannini n'en parlent pas avec moins d'éloges. Cet béroïque moyen a été beaucoup trop négligé par les modernes, dans cet abandon général de toutes les richesses thérapeutiques, marqué par le règne de la médecine physiologique.

Le colchique n'est pas un antigoutteux moins remarquable. Il forme la base de presque toutes les compositions secrètes prônées contre la goutte, telles que l'eau médicinale d'Husson, et la plupart des sirops et elixirs antiarthritiques.

Nous ne parlerons qu'en passant des eaux minérales sur lesquelles règne encore une trop grande divergence d'opinion parmi les médecins. Chacun sait combien MM. Prunelle et Petit envisagent différemment la propriété antigoutteuse des eaux de Vichy. Nous ne saurions toutefois refuser cette vertu aux eaux de Teplitz en Bohême, et à un certain nombre d'eaux thermales, nationales et étrangères. Mais c'est uniquement dans les intervales des accès et pour en prévenir le retour qu'elles doivent être conseillées.

D'après cette exposition des méthodes et des remèdes proposés contre la goutte, on voit combien sont peu stables et certains les véritables principes du traitement de cette maladie. Ainsi, le spécifique de la goutte est encore à trouver, et les paroles de Sydenham doivent encourager à cette recherche tous les observateurs laborieux. J'ignore le rang que les pilules de Lartigue occuperont un jour dans la thérapeutique. Encouragé à les employer par les articles du *Bulletin de thérapeutique,* et de la *Gazette des hôpitaux,* ainsi que par la recommandation de M. Double, l'un des médecins les plus distingués de la capitale, j'ai acquis la conviction que ces pilules jouissaient de propriétés non équivoques, et qu'employées, pendant un accès, n'importe à quelle période, elles calment promptement la douleur, et dissipent le gonflement du membre affecté, sans aucun des inconvénients attachés aux préparations énergiques. C'est au temps, à l'expérience, seuls juges en de telles matières, à nous apprendre quel doit être l'effet du remède sur la réapparition des accès goutteux, et sur l'affection constitutionnelle qui les engendre. Mais, quand bien même les pilules de Lartigue ne pourraient prétendre à la guérison radicale de la goutte, elles n'en seraient pas moins un agent thérapeutique inappréciable, si on trouvait dans leur emploi la certitude de triompher, *citò, tutò et jucundè* des attaques d'une maladie quelquefois si longue, si grave et si douloureuse. Je me contenterai de citer quatre observations particulières, la

première seule avec détail ; les autres ne seraient qu'une répétition des mêmes effets survenus dans des circonstances pareilles.

Obs. I. — M. le marquis de Ban .., âgé de cinquante-cinq ans, est de taille moyenne, d'un embonpoint assez considérable ; la face est colorée, la peau blanche et fine. Il eut une première attaque de goutte à l'âge de vingt-cinq ans ; il devint ensuite fort sujet à cette maladie, qui se portait ordinairement au gros orteil de l'un ou l'autre pied, et quelquefois aux genoux. Les accès sont douloureux et longs, lorsque la goutte attaque cette dernière région. Plusieurs traitements ont été essayés pendant les accès, mais ils n'ont jamais paru avoir de l'influence sur leur durée et leur intensité. Enfin, M. de B. a fini par ne rien faire ; il se contentait de prendre une boisson adoucissante, et d'envelopper la partie affectée de goutte, d'une flanelle et de taffetas gommé. En 1833, M. de B... a eu la pierre, dont il a été délivré par M. Pasquier fils, au moyen de la lithotritie. Le calcul était surtout formé d'acide urique, les urines charient souvent du sable rouge. M. de B... habite ordinairement la campagne ; il se nourrit bien, ne commet jamais d'excès et fait beaucoup d'exercice. Il était à Paris depuis un mois, lorsqu'il fut pris, le 10 janvier, d'une douleur au coude du bras gauche, suivie de gonflement et de rougeur. Peu après les deux pieds furent successivement entrepris. Le genou droit devint douloureux le 15 janvier ; le 19, il avait acquis un volume presque double du gauche. La peau était luisante, la sensibilité vive, la douleur interne rongeante, tout mouvement impossible. Sueur abondante, surtout la nuit, absence de sommeil, les urines sont claires et abondantes ; le pouls donne 96 pulsations. Appelé dans la journée du 19, je prescris les pilules de Lartigue; M. de B... en prend deux à trois heures, deux à six heures, deux autres à dix. Dans la soirée et la nuit engourdissement de tout le membre inférieur droit, quelques heures de sommeil, moins de sueurs, urines plus copieuses. Le 20, le gonflement du genou est diminué d'un cinquième environ, deux pilules à onze heures ; deux potages. A quatre heures, selle abondante, liquide, brune. Le 21, à cinq heures du matin, nouvelle selle. Le repos de la nuit a été plus long ; absence de douleurs aux pieds, et presque au genou. Peu de sueurs, urines troubles; pouls 84 pulsations. Trois pilules dans la journée. Le 22, diminution marquée du gonflement, absence des douleurs, mouvements assez faciles de flexion et d'extension du genou. Selle liquide ; acide urique abondant dans les urines ; alimentation plus substantielle ; M. de B... fait quelques pas dans sa chambre. Trois pilules. Le 23, mêmes symptômes avec progrès d'amélioration sensible. Le 24, quatre selles; suspension des pilules. Le 25 janvier, et les jours suivants, par un

froid rigoureux, le malade sort et marche plusieurs heures sans inconvénient et sans rechute. M. le marquis de B... estime que sans les pilules de Lartigue, il aurait gardé le lit de cinq à six semaines. Il m'écrit le 12 mai, qu'il n'a point cessé de ressentir les bons effets de son traitement, et que depuis, sa santé a été parfaite. Il ajoute que plusieurs de ses amis, à qui il avait recommandé les pilules de Lartigue, lui écrivaient de Paris pour le remercier de leur avoir indiqué un remède aussi salutaire.

Obs. II. — M. M..., âgé de soixante ans, d'une constitution pléthorique et vigoureuse, a éprouvé à de longs intervalles des accès de goutte tantôt à un pied, tantôt à l'autre. Ces attaques sont devenues plus fréquentes depuis qu'il a quitté les habitudes d'une vie laborieuse, sans rien retrancher d'une nourriture abondante et choisie. L'hiver dernier, la douleur goutteuse ne quittait presque pas le pied droit; les soulagements étaient courts et insignifiants. Le 4 janvier 1841, je fis prendre huit pilules de Lartigue, deux à la fois, séparées par quatre ou cinq heures d'intervalle. Nourriture légère; sommeil profond la nuit; dans la matinée du 5, les douleurs et le gonflement ont disparu; promenade à pied. Dans la soirée, trois selles abondantes. Quinze jours plus tard, nouvel accès : mêmes pilules employées avec un succès aussi prompt et aussi décisif. Dans le mois de mars, troisième attaque, même remède suivi du résultat le plus satisfaisant. Depuis, la guérison s'est maintenue.

Obs. III. — M. T..., âgé de trente-quatre ans, fort et sanguin, vivant dans l'aisance et le repos, a éprouvé cinq à six attaques de goutte. A la dernière, en 1840, après plusieurs jours de souffrances, il recourut au sirop de Boubée, qui le soulagea, mais en déterminant une vive irritation intestinale d'assez longue durée. Repris de la goutte dans le mois de mars 1841, il avait un gonflement fort douloureux du pouce du pied gauche, qui le tenait à la chambre depuis cinq jours. Le 9, d'après ma prescription, il prit deux pilules à trois heures, deux à cinq, deux à dix heures. Le lendemain, M. T... pouvait mettre des des bottes étroites, et faire une longue course dans Paris. Il s'étonnait de n'avoir éprouvé de ses pilules d'autre effet que la guérison; mais dans la nuit du 11, il fut purgé avec quelques coliques, qui ne reparurent point le lendemain. Il n'a pas eu de récidive.

Obs. IV. — Dans l'été de 1835, M. le vicomte de C... a éprouvé une attaque de goutte caractérisée, au pied gauche. Depuis, il a été soulagé de divers accidents névralgiques par les eaux de Teplitz, et par le traitement de M. Turk. Au mois de février 1841, atteint d'une grande constriction à l'épigastre, d'un gonflement de la lèvre supé-

rieure, et d'un sentiment de plénitude aux pieds et aux mains, que j'avais toujours considérés comme une attaque de goutte anomale, je fis prendre six pilules de Lartigue. Le lendemain, il y eut un soulagement notable. Le malade éprouva les effets d'un purgatif doux, et rentra immédiatement dans les habitudes de sa santé ordinaire.

FOISSAC.

SUR LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS SCROFULEUSES PAR LES PRÉPARATIONS DE FEUILLES DE NOYER.

Tout ce qui a une valeur pratique, un intérêt immédiat d'applications, trouvera toujours place dans nos colonnes. Il faut que le lecteur de ce journal soit au courant de toutes les acquisitions nouvelles de la thérapeutique. Lorsque des faits importants, nombreux, viendront attester l'efficacité d'un nouveau remède, ce sera pour nous un devoir de fournir aux médecins toutes les données nécessaires pour qu'ils répètent avec connaissance de cause les essais qui auront été tentés.

Dans un mémoire fort bien fait et riche d'observations, M. Négrier, professeur à l'école préparatoire de médecine d'Angers, vient, dans les archives, de faire connaître les résultats extrêmement avantageux qu'il a obtenus depuis cinq années de l'emploi des préparations de feuilles de noyer dans les affections scrofuleuses qu'il a été appelé à traiter à l'hospice général d'Angers.

Cinquante-six malades affectés de scrofules sous diverses formes ont été soumis à ce remède ; il les a divisés en quatre séries : 1° ceux atteints d'engorgements strumeux non ulcérés ; 2° ceux présentant des ophthalmies scrofuleuses ; 3° les tumeurs scrofuleuses non ulcérées ; 4° les gonflements des os, les nécroses et caries scrofuleuses. Nous allons étudier successivement l'action des préparations de noyer dans ces différentes phases de la maladie.

M. Négrier a traité dix malades présentant depuis longtemps des engorgements nombreux des ganglions cervicaux, sous-maxillaires, sous-occipitaux du volume d'un œuf de poule et davantage, et chez tous ces malades il y a une action très-manifeste de l'usage interne des préparations des feuilles de noyer. Ce traitement a guéri complétement trois malades et sur quatre autres les tumeurs ont diminué de moitié aux deux tiers de leur volume dans l'espace de six semaines à trois mois. Le traitement consiste dans ces cas en trois tasses d'infusion de feuilles de noyer miellée en deux pilules de 20 centigrammes chaque d'extrait de feuilles de noyer, et chez quelques malades, dans l'appli-

cation de cataplasme de farine de lin avec poudre de feuilles de noyer répandue à leur surface. Chez certains on a ajouté un purgatif salin de dix en dix jours, et chez d'autres quelques bains salés.

Le traitement des engorgements ganglionnaires a été long ; rarement les tumeurs ont perdu de leur volume avant cinquante jours de l'administration du remède, il faut noter toutefois que pendant l'été son action est plus efficace. Du reste l'innocuité des diverses préparations de feuilles de noyer permet de les administrer aussi longtemps qu'on le veut ; les enfants prennent sans répugnance les infusions avec le sucre et le miel, le sirop est toujours demandé avec insistance et les pilules enveloppées de miel ou seulement mises dans une cuillerée d'eau sucrée, sont avalées sans difficulté. Presque tous les individus qui en ont fait usage ont acquis de l'embonpoint, leur appétit et leurs forces ont augmenté ; il est bon d'ajouter que les selles chez les malades ont une couleur brunâtre, et que le miel est préférable au sucre, parce qu'il a pour effet de prévenir la constipation.

Nous ne nous arrêterons pas longuement sur le traitement des ophthalmies scrofuleuses : quatre malades âgés de quatre, huit, douze et dix-neuf ans, atteints de cette affection sont enregistrés par M. Négrier. Chez tous il y avait photophobie, ramollissements ou ulcérations de la cornée, après le traitement antiphlogistique par les saignées et les sangsues, il a administré à ses malades le traitement par les feuilles de noyer. A l'intérieur, l'infusion miellée de feuilles, le sirop à la dose de 30 grammes par jour, et les pilules d'extrait. Le collyre suivant, jouit, selon M. Négrier dans ces cas d'une efficacité très-grande et incontestable, et c'est à l'infusion des feuilles de noyer qu'il en attribue la meilleure part ; car, dit-il, les lotions simples fortement opiacées ne produisent que rarement un bien aussi prompt.

Prenez :	Décoction de feuilles de noyer.	190 grammes.
	Extrait de belladone	1 gramme.
	Laudanum de Rousseau	1 gramme.

M. Négrier compose encore un autre collyre avec l'eau de noyer, le laudanum et l'acétate de plomb cristallisé.

En somme, tout les malades traités d'ophthalmie scrofuleuse ont été guéris et n'ont pas éprouvé de rechute, et l'action du médicament a été plus prompte dans ces cas que dans les engorgements des ganglions lymphatiques.

Le traitement par les préparations de feuilles de noyer, n'a pas eu une influence moins heureuse sur les tumeurs scrofuleuses ulcérées ; l'on peut même dire que leur action a été plus prompte dans ce cas

que dans les engorgemements simples. Sur vingt sujets traités par M. Négrier, et présentant des tumeurs ulcérées avec ou sans perte de substance, et quelques-uns des plaies ayant des bords décolés et violacés, quatorze ont été guéris complétement, et leur guérison s'est soutenue; cinq autres ne sont pas guéris, et leur traitement devra encore être long, mais toujours est-il qu'ils ont gagné déjà beaucoup. Le plus ordinairement, il a fallu de deux à six mois pour guérir ces tumeurs strumeuses ulcérées; pour les cas les plus graves, le traitement a été prolongé pendant deux années, avec quelques interruptions de plusieurs semaines, et toujours les malades ont très-bien supporté le médicament.

Au traitement interne que nous avons indiqué, il faut joindre dans ces cas, des moyens externes qui consistent en des lotions sur les plaies avec de l'eau de noyer. On a appliqué aussi des cataplasmes faits avec cette décoction, et saupoudrés de poudre de noyer; on a également pansé les plaies avec une pommade composée d'axonge et d'extrait de feuilles de noyer. Relativement à ces topiques, M. Négrier a remarqué que les plumasseaux de charpie fine, imbibés de décoction de feuilles de noyer, avaient beaucoup plus d'efficacité que les onguents digestifs et les cataplasmes de poudre de feuilles de noyer. Il a quelquefois fait panser les plaies avec un digestif composé à parties égales d'extrait de feuilles de noyer et de térébenthine; d'autres fois il a mêlé le même extrait avec de l'axonge fraîche; ces préparations étendues sur du papier ou de la charpie, n'ont point eu d'action remarquable; au lieu que la poudre de feuilles de noyer sèche, répandue sur les plaies de mauvais aspect, a donné promptement de la vie aux chairs, et des granulations rosées n'ont pas tardé à se montrer à leurs surfaces. Cependant, les bords décollés et trop amincis ont dû être enlevés avec les ciseaux ou détruits avec la potasse, et dans quelques cas, le nitrate d'argent n'a pas dû être négligé. Une chose de plus à noter, c'est qu'il faut faire deux pansements par jour, matin et soir; et qu'une compression légère et l'entretien d'une douce chaleur, au moyen d'enveloppes de laine, hâtent la cicatrisation.

La quatrième série de malades traités par M. Négrier, se compose de dix-neuf sujets atteints de caries des os des pieds, des mains, de nécrose de la clavicule, de caries de l'articulation tibio-tarsienne des os du coude, des os du genou, de l'articulation coxo-fémorale avec ulcères fistuleux. Sur ces dix-neuf malades dont les observations sont rapportées comme dans les séries précédentes, huit ont obtenu une guérison aussi complète que possible, qui s'est maintenue jusqu'à ce jour; deux ont été guéris momentanément et ont rechuté, quatre ont éprouvé déjà

une amélioration suffisante pour espérer une guérison définitive ; enfin, chez trois enfants, le mal a été rebelle au traitement, et deux sujets sont morts de phthisie tuberculeuse.

La durée du traitement la moins longue, a été de six mois. Quatre guérisons ont été obtenues dans cet espace de temps. Pour six malades il a fallu continuer le traitement de dix à dix-huit mois consécutifs. Quelques-uns des enfants ont continué l'usage du médicament pendant vingt-six mois, presque sans interruption, et aucun n'en a souffert.

A l'emploi intérieur des préparations de noyer, on a ajouté avec avantage les bains généreux salés et de décoction de feuilles de noyer assez multipliées ; il est avantageux de laisser les plaies à nu dans les bains d'eau de noyer, mais seulement dans ceux-là. Les injections avec la décoction de feuilles de noyer dans les trajets fistuleux, sont fort utiles : elles modifient l'état des surfaces ulcérées, et la suppuration ne tarde pas à prendre les caractères de celle qui existe avec le développement des bourgeons charnus.

Le traitement que nous venons d'indiquer a fourni à M. Négrier des résultats assez avantageux pour qu'il soit sérieusement examiné et soumis au contrôle d'observations suivies. L'expérience lui a prouvé que les préparations de noyer qu'on peut ranger dans la classe des amers légèrement aromatiques, jouit d'une efficacité à peu près constante dans les affections scrofuleuses; que ce médicament, qui peut être continué longtemps sans effets fâcheux, active la digestion et la circulation, et donne une énergie remarquable à toutes les fonctions ; que sous son influence les chairs deviennent plus fermes, la peau acquiert une teinte rosée, et perd assez promptement sa pâleur chlorotique. Voyons maintenant comment il faut procéder aux diverses préparations dont les feuilles de noyer sont la base.

Les infusions sont faites en jetant une forte pincée de ces feuilles coupées dans 250 grammes d'eau bouillante, on édulcore avec du miel, du sucre ou avec le sirop dont nous indiquerons bientôt la préparation ; on donne deux à trois tasses de cette infusion par jour, mais on peut en donner jusqu'à cinq.

La décoction des feuilles de noyer qui agit si avantageusement en lotions et comme topique, et dont on imbibe les plumaceaux pour panser les ulcères scrofuleux doit être plus chargée que l'infusion. On emploie une petite poignée de feuilles pour 1 kilogramme d'eau et l'ébullition est prolongée dix ou quinze minutes. Cette décoction est également fort utile en bains locaux et même généraux ; son efficacité est remarquable en injection dans les trajets fistuleux.

L'extrait est préparé avec les feuilles de noyer par la méthode de

déplacement. En employant les feuilles sèches on a de la sorte le moyen de renouveler cette préparation autant qu'on en a besoin pendant toutes les saisons, tandis qu'en se servant de feuilles fraîches il faut alors en préparer en trop grande quantité, et l'on s'expose à la voir s'altérer.

On prépare le sirop de feuilles de noyer avec l'extrait en mettant 40 centigrammes pour 30 grammes de sirop simple. On sait aussi quelles sont les doses du médicament qu'on administre. On peut aussi préparer le sirop avec les feuilles vertes, il est alors plus aromatique que celui qui est composé avec l'extrait, mais on ne peut pas apprécier aussi exactement la quantité du médicament que prend journellement le malade.

M. Négrier donne aux petits enfants deux ou trois cuillerées à café de sirop dans les vingt-quatre heures ; il n'a jamais dépassé pour les adultes 64 grammes. La dose ordinaire pour ces derniers est de 30 à 40 grammes.

Les pilules d'extrait de feuilles de noyer sont chacune de 20 centigrammes d'extrait rendu solide par une quantité suffisante de poudre de feuilles de noyer. Il en fait prendre deux par jour et n'a jamais dépassé le nombre quatre.

Enfin dans quelques cas où il peut être utile de faire pratiquer des fers chands sur la région malade, M. Négrier emploie la pommade suivante.

Prenez :	Extrait de feuilles de noyer.	30	grammes.
	Axonge	40	grammes.
	Huile essentielle de bergamote	15	centigrammes.

Les frictions doivent être faites doucement et pendant un quart d'heure environ deux fois par jour.

M. Négrier termine en engageant les médecins et les malades à user de persévérance. Il faut savoir attendre, dit-il, car, pour obtenir une guerison durable dans de semblables affections, il n'y a pas seulement à combattre les effets du mal, mais encore à apporter une modification profonde dans la constitution de l'individu.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DES TUMEURS NERVEUSES SOUS-CUTANÉES ET DE LEUR TRAITEMENT.

Depuis les leçons de Dupuytren, *sur une espèce particulière de tumeurs fibro celluleuses enkystées*, de nouveaux faits ont été publiés

sur cette maladie, qui d'abord avait très-peu fixé l'attention des chirurgiens. Nous-mêmes avons eu récemment l'occasion de pratiquer une opération pour un cas de ce genre; peut-être quelques réflexions, appuyées sur ces observations récentes, ne paraîtront-elles pas tout à fait dépourvues d'intérêt.

Après Antoine Petit (*Discours sur la douleur*), Cheselden (*Anatomy*, pag. 136, Camper (*Demonst. anat. path.*, lib. I, pag. 11); Chaussier (*Table synoptique de la névralgie*), et Denot (*Thèse sur les affections locales des nerfs*, Paris, 1822), le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, poussant plus loin ses recherches, s'assura que les tumeurs dites nerveuses étaient tout à fait étrangères aux nerfs. « Il en disséqua plusieurs avec un soin minutieux sur les cadavres, et pour mieux m'assurer de leur nature, dit-il, j'ai, en les extirpant, enlevé avec elles une assez grande quantité de tissu cellulaire chez des individus courageux, et jamais je n'ai vu le plus petit filet nerveux adhérer à leur surface. Leur tissu est évidemment fibro-celluleux, un peu albumineux, et, avec le temps, il devient squirreux. » (Dupuytren, *Leçons orales*, t. IV, p. 417.)

Ces tumeurs, continue M. Dupuytren, dont le siége est le plus souvent dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-aponévrotique, peuvent aussi se développer dans d'autres parties; j'en ai observé dans la mamelle; elles se présentent sous la forme de grains de blé, de café, de pois, quelquefois oblongues; elles sont aussi lenticulaires, aplaties, n'acquièrent jamais un plus grand volume que celui d'une petite fève de marais; leur extérieur est lisse et opaque, elles sont dures; leur tissu est homogène, d'un blanc terne, sans vestiges de cavités ni de cloisons, d'une consistance fibreuse, fibro-cartilagineuse. Elles paraissent formées de plusieurs couches concentriques unies entre elles par un tissu cellulaire dense et serré, surtout dans les couches les plus extérieures. L'ongle, enfoncé dans l'épaisseur de ce corps, fait entendre un léger craquement; il est recouvert d'une enveloppe opaque, dense, fibro-celluleuse, véritable kyste qui s'oppose à son développement, et détermine probablement les vives douleurs que ressentent les malades.

Les femmes y sont plus sujettes que les hommes, ainsi que l'avait établi Dupuytren. Dans les deux observations de M. Syme (*The Edimburgh medical journal* et *Gaz. méd.* de Paris, 1836, p. 842), il s'agit de deux femmes. Des trois malades opérés par M. Wilmot (Dublin, *Medical press.* et *Gazette médicale*, 1839, deux appartenaient au sexe féminin. Les détails manquent sur le sujet de la troisième observation. M. Velpeau (*Médecine opératoire*, tome III, *névrômes*), cite plusieurs opérations de névromes pratiquées chez des

femmes, dans le rapport de cinq à une. M. Varren (*Surgical observations on tumours*), cite trois faits, dont deux relatifs à des hommes, mais la nature névromatique de la tumeur ne nous a pas semblé parfaitement démontrée dans l'un de ces cas.

Quoi qu'il en soit de cette prédisposition plus marquée chez les femmes, et d'autres causes fort peu connues jusqu'à présent, tous les observateurs sont d'accord 1° sur le développement très-lent de ces tumeurs, qui n'acquièrent presque jamais qu'un très-petit volume; 2° sur l'intensité des douleurs auxquelles elles donnent lieu ; 3° sur l'impossibilité d'une résolution spontanée; 4° sur l'inefficacité des moyens locaux autres que l'opération ; 5° sur la cessation complète des accidents obtenus par ce dernier moyen.

Ces tumeurs peuvent-elles se ramollir au bout d'un certain temps, s'altérer, éprouver une dégénération cancéreuse? Dupuytren le pensait; il signale cette tendance au ramollissement, et ajoute que, lorsqu'elles ont dégénéré, la maladie se reproduit dans les ganglions lymphatiques voisins si on les extirpe. Il en enleva une à la partie supérieure du bras, déjà elle était ramollie; au bout de quelque temps, les glandes lymphatiques de l'aisselle s'engorgèrent et le mal repullula. (*Leçons orales, loc. cit.*, p. 422).

M. Warren rapporte l'histoire d'un homme âgé de soixante-deux ans, auquel il fallut pratiquer l'amputation de la jambe au-dessus du genou, pour une ulcération cancéreuse consécutive à *une petite tumeur dure et très-douloureuse, développée sous la peau* sept ans auparavant. Les caustiques auxquels on eut recours paraissent avoir favorisé la tendance à la dégénérescence et à l'ulcération. L'opération eut un plein succès. (Warren, *Loc. cit.*, p. 61).

L'extirpation faite de bonne heure, avant le passage à l'état squirrheux, avant le ramollissement et l'ulcération, est donc le meilleur moyen à opposer à cette affection. Dès qu'elle est pratiquée, les douleurs cessent, les malades retrouvent le sommeil, et la cicatrisation se fait, en général, avec une grande rapidité.

La guérison a été complète dans les cas rapportés par MM. Syme et Wilmot, et la réunion s'est toujours faite très-rapidement; une seule fois (Wilmot, *obs. III*), les douleurs ont persisté deux jours après l'opération, mais la guérison n'en a pas été moins solide.

M. Velpeau (*Loc. cit.*, p. 117), dit avoir enlevé une tumeur névromatique sur une dame qui se plaignait de douleurs très-vives entre la dixième et la onzième côte; l'année suivante, un nouveau névrome s'était développé à un pouce au-dessous et en arrière du premier; l'opé-

ration et ses suites ont été les mêmes, et la malade était, deux ans après, à l'abri de nouvelles souffrances sous ce rapport.

La rareté des récidives après l'opération est donc aussi spéciale à cette variété de tumeurs, que la fréquence de la reproduction aux affections de nature vraiment cancéreuse, ce qui doit, avec d'autres raisons tirées des caractères anatomo-pathologiques, établir entre elles une différence essentielle; mais aussi, la possibilité d'une transformation squirrho-cancéreuse doit engager à pratiquer de bonne heure l'excision des tumeurs douloureuses sous-cutanées, dès que leur nature se trouve reconnue, et qu'il demeure bien démontré que tous les calmants et résolutifs ordinaires n'avaient par cela même aucune action.

Le procédé généralement mis en usage par Dupuytren, et par eeux qui, depuis lui, ont eu cette opération à pratiquer, consiste tout simplement dans une incision de longueur suffisante, faite au niveau de la tumeur, et comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; le chirurgien, alors, accroche le petit corps fibro-celluleux avec une érigne, la fait soulever par un aide, tandis qu'il dissèque sur les côtés, et commence à la détacher par en haut, afin, dit M. Velpeau, en séparant le nodus des centres nerveux, d'éteindre les irradiations douloureuses quelquefois insupportables, que l'on causerait sans cela avant d'avoir terminé l'opération. (*Loc. cit.*, p. 107).

On recommande généralement d'enlever par précaution une couche assez épaisse de tissu cellulo-graisseux avec le névrome. MM. Syme et Wilmot n'ont pas suivi ce conseil dans les cas qu'ils rapportent. Dupuytren n'en dit rien dans les observations consignées dans ses leçons orales. Je ne m'y suis pas conformé dans le fait que je rapporterai plus bas, et je n'ai pas eu lieu de m'en repentir.

Il n'est jamais nécessaire de pratiquer ni la ligature, ni la torsion, ni même une légère compression pour arrêter l'écoulement sanguin qui suit l'excision; presque toujours, à moins que la tumeur n'ait, par exception, acquis un volume tant soit peu considérable, le sang s'étanche facilement, et ne coule plus dès que les bords de la petite plaie sont rapprochés.

Il suffit ordinairement d'une ou deux petites bandelettes agglutinatives pour maintenir réunis les bords de la plaie; dans aucun cas la suture ne fut indiquée ni pratiquée.

La réunion se fait ordinairement par première intention; rien ne justifierait le précepte de favoriser la suppuration, que des idées préconçues et tout à fait fausses sur une prétendue dépuration par la fonte purulente, à laquelle personne ne songe plus aujourd'hui.

Je terminerai ces réflexions par une observation qui leur servira

en quelque sorte de résumé, et en montrera l'application pratique.

Obs. *Tumeur douloureuse sous-cutanée existant depuis plusieurs années. Nature du mal méconnue. Extirpation. Réunion par première intention. Guérison.* — Madame C..., âgée de cinquante-deux ans, habitant les environs de Lyon, femme d'un cultivateur, a toujours joui d'une bonne santé. Sans cause connue, elle s'aperçut, il y a dix ans, qu'une petite dureté soulevait la peau de la face postérieure de la jambe droite, à cinq travers de doigts au-dessus du tendon d'achille; elle sentit dans ce point comme un petit corps très-dur qui devenait parfois le siége de très-vives douleurs, revenant par accès irréguliers qui duraient de quinze à vingt minutes, puis disparaissaient entièrement. Le moindre contact d'un corps dur, un coup, une simple pression suffisaient pour ramener les souffrances les plus aiguës. Il est bon de noter que ces douleurs étaient circonscrites, s'irradiant à peine vers le talon, nullement vers la jambe et la cuisse, ce qui a lieu au contraire dans beaucoup de cas. Divers topiques adoucissants, résolutifs, une plaque de plomb, avaient été mis en usage sans aucun résultat avantageux. Le 7 janvier 1840, la tumeur était grosse comme une petite noisette, dure, lisse et douloureuse à la pression; elle glisse sous la peau et semble à peine adhérente aux tissus sous-jacents. Je puis facilement préciser d'avance sa nature fibreuse et la facilité qu'il y aurait à en pratiquer l'énucléation. La malade, réclamant avec instance l'opération que je lui avais présentée quelques jours auparavant comme le seul moyen à opposer à son mal, je pratiquai une incision longitudinale de cinq centimètres de longueur, et comprenant, non-seulement la peau qui était saine et le tissu cellulaire sous-cutané, mais avec elle, toute la tumeur elle-même, qui se trouva fendue de la sorte en deux petites demi-sphères, que j'amenai par une très-légère traction avec une érigne dont je les traversai; l'énucléation ne demanda pas d'autres efforts.

L'opération dura quelques secondes, et la malade souffrit beaucoup moins que de ses plus légères crises de douleurs. Quelques gouttes de sang s'écoulent; je l'étanche avec soin, et je réunis immédiatement à l'aide de deux petites bandelettes agglutinatives. Pansement simple, repos. La réunion s'est opérée le troisième jour, et ne s'est pas démentie depuis cette époque; la douleur cessa immédiatement et n'est pas revenue depuis, seulement la malade accusait, le 19, un peu de tiraillement à la partie interne de la jambe, qui disparut tout à fait plus tard. La malade a repris ses occupations d'une vie active, elle a retrouvé le sommeil et n'a plus la moindre douleur. Je l'ai revue il y a quelques jours, la guérison est tout aussi solide.

Examinée immédiatement après l'opération, la tumeur, du volume d'une petite noisette, présente à l'extérieur une première couche tomenteuse, formée d'un tissu callulaire lâche, rougeâtre, pénétré de vaisseaux capillaires, puis une coque fibreuse, envoyant à l'intérieur des prolongements qui renferment un suc gélatineux, dont la dessiccation laisse à la tumeur l'aspect d'une coque dure et solide; le tissu en était dur et criait sous le scalpel. Je n'ai pu y rencontrer la plus légère trace de ramuscules nerveux.

Réflexions. Ainsi donc : lenteur du développement, obscurité d'origine, acuité et fréquence des douleurs, résistance aux moyens calmants ordinaires, tels furent les caractères de cette maladie au début, et ils se continuèrent plus tard. La peau resta saine jusqu'à la fin, ce qui arrive presque toujours dans ces cas, et la tumeur, logée comme dans une sorte de niche, put être facilement extraite sans dissection. Je dois dire que la section médiane favorise singulièrement cette énucléation; je la proposerais même pour tous les cas, en rappelant que pour certaines loupes, et pour quelques tumeurs lymphatiques ou tuberculeuses, elle rend l'extirpation très-facile. J'en ai vu plusieurs exemples, soit dans le service chirurgical de M. Velpeau, à la Charité, soit dans celui de M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

La réunion immédiate eut lieu sans la moindre entrave, et je crois qu'une dissection prolongée et trop minutieuse pourrait y mettre obstacle, nouveau motif pour préférer cette facile énucléation.

J'avais l'intention de parler, à propos des tumeurs nerveuses ou névromes sous-cutanés, d'une petite tumeur de la peau, qui donne lieu à de très-vives douleurs, et que quelques auteurs m'ont paru, à tort, confondre avec cette maladie; mais je préfère y revenir plus longuement dans une note spéciale sur ce sujet.

Ant. Bouchacourt,
chirurgien en chef désigné de l'hôpital de la Charité de Lyon.

Considérations thérapeutiques sur les brides ou barrières à l'orifice interne de l'urètre.

La prostate qui entoure le col de la vessie, chez l'homme, peut être atteinte d'un grand nombre de lésions dont j'ai fait une étude spéciale. Parmi ces lésions, il s'en trouve une dont les auteurs se sont fort peu occupés, et qui, pourtant, exerce une grande influence sur les maladies de l'appareil urinaire. Ce sera remplir une lacune que d'appeler l'attention sur ce sujet.

Dans l'état normal, la prostate a plus d'épaisseur sur les côtés, et inférieurement, qu'à sa partie antérieure; mais, par l'effet d'un travail morbide, plusieurs régions de la glande peuvent se tuméfier et faire saillie au col vésical; de là résulte une déformation de l'orifice interne de l'urètre, qui offre plusieurs nuances, parmi lesquelles une des plus importantes est celle dont je me propose de faire ici l'examen. Elle consiste en une saillie semi-lunaire, constituant une sorte d'écluse ou de barrière qui gêne la sortie de l'urine et met obstacle à l'introduction des instruments.

Cette espèce de bride affecte trois formes différentes:

Chez certains sujets il n'y a qu'un simple repli membraneux mince, lisse et presque transparent, qui s'étend d'un lobe de la prostate à celui du côté opposé, et dont la tension est assez forte pour empêcher que les masses latérales de la glande s'écartent l'une de l'autre lorsqu'on les tire en sens inverse.

Dans d'autres cas, le bord libre du repli affecte la forme d'un cordon arrondi, qui semble avoir, en se tendant, soulevé la membrane muqueuse, dont les deux feuillets adossés donnent naissance à la soupape ou valvule. Ici, cette dernière est plus épaisse, et l'on découvre, entre les deux lames qui la constituent, un tissu dense, analogue à celui du sphincter vésical, qu'on a considéré, tantôt comme scléreux et tantôt comme musculeux.

Ailleurs, enfin, l'éperon a plus d'épaisseur encore; son bord libre oppose moins de résistance, et n'offre de tension qu'autant qu'on écarte les lobes latéraux de la prostate; parfois même il est frangé, festonné, chargé d'excroissances ou de saillies que séparent des espèces de sillons.

Dans ce dernier cas, il ne s'agit plus d'une simple valvule membraneuse, mais d'une barrière constituée, tantôt par une véritable fongosité, tantôt, et plus souvent, par un mode spécial de gonflement prostatique, qui, au lieu d'une masse arrondie, a produit une tumeur aplatie d'avant en arrière.

Ces trois sortes de brides peuvent être seules ou se trouver réunies chez un même sujet.

La différence notable qui existe entre elles, sous le point de leur organisation, n'en apporte presque aucune dans la manière dont elles mettent obstacle à l'excrétion de l'urine et à l'introduction des instruments. On peut donc, sans nul inconvénient, les grouper ensemble sous le point de vue pratique.

L'élévation de la barrière varie beaucoup; je l'ai trouvée haute de neuf à douze lignes chez divers sujets, mais ordinairement elle fait moins de saillie, souvent même ne produit une véritable cloison que

quand on écarte l'un de l'autre les lobes latéraux de la prostate. Le repli membraneux qui la constitue peut être aperçu à l'état rudimentaire dans la plupart des cadavres des vieillards, lorsque ces lobes sont engorgés; il suffit, après avoir incisé le col vésical et la partie membraneuse de l'urètre par leur face supérieure, de tirer les lèvres de la section en sens opposé et au niveau de l'orifice interne du canal, pour faire apparaître le repli. Mais quand la production morbide a acquis un plus grand développement, elle fait saillie sans qu'on soit obligé d'écarter les lobes de la prostate.

La barrière est généralement placée à peu de distance de la crête urétrale, avec laquelle elle semble quelquefois se confondre. Cependant elle peut aussi en être distincte et même éloignée d'une trentaine de millimètres, mais elle occupe toujours le rebord inférieur de l'orifice vésical de l'urètre. Dans beaucoup de cas, la face inférieure du canal, située en devant, et le trigone placé en arrière sont sur le même plan, et la bride s'élève de la partie inférieure du col de la vessie, sans qu'on découvre la moindre trace d'autres lésions. Ailleurs, la crête urétrale envoie un prolongement linéaire qui divise le plancher du canal en deux gouttières. Dans d'autres circonstances encore, l'angle antérieur du trigone est soulevé, surtout quand il y a hypertrophie du corps de la prostate; en pareil cas, il présente une particularité que le praticien doit connaître; la face de la valvule tournée vers l'urètre est à pic, tandis que, du côté de la vessie, l'élévation s'abaisse par une gradation insensible.

Ici, comme dans les cas de tumeur prostatique, il n'est pas rare que la membrane muqueuse qui recouvre la bride, soit d'une couleur violacée, qui annonce un état inflammatoire. Cette phlegmasie rend raison des désordres qu'on avait observés pendant la vie et des douleurs, parfois très-vives, que le passage des sondes faisait éprouver aux malades. Est-ce à elle aussi qu'on doit rapporter la formation du repli lui-même? Tout porte à croire que la réponse doit être affirmative en ce qui concerne les replis purement membraneux, puisqu'on en observe si souvent d'analogues en avant et en arrière de la fosse naviculaire, où ils surviennent évidemment sous l'influence d'une phlegmasie. Mais en est-il de même pour les cas où des fibres musculaires entrent dans la composition de la valvule? ou bien faut-il admettre que, comme on l'a prétendu, l'état morbide débute par une contraction spasmodique du col vésical qui, à force de se reproduire amène la contraction permanente du cordon musculeux constituant la bride? Je laisse de côté ces questions de pure théorie, ajoutant seulement qu'il n'est pas plus facile de concevoir pourquoi certains fongus ou certains engorgements de la pro-

state présentent un aplatissement d'avant en arrière, d'où résulte une barrière analogue aux précédentes, du moins quant à ses effets. On a dit, il est vrai, que l'aplatissement de la tumeur tenait à la pression exercée par un calcul; mais les brides urétro-vésicales se voient chez des sujets qui n'ont pas la pierre.

Ces sortes de brides affectent le plus communément une direction transversale. Elles s'étendent d'un lobe latéral de la prostate à celui du côté opposé; c'est là aussi le cas le plus simple, le plus facile à reconnaître et à traiter. Si le moyen lobe est tuméfié, en même temps que les latéraux, et que les tumeurs soient circonscrites, le repli affecte une forme triangulaire. Alors, aussi bien que dans certains fongus siégeant au trigone vésical, derrière le corps de la prostate, il y a un double repli s'étendant de chaque lobe latéral à la tumeur postérieure. Ces replis peuvent affecter également d'autres directions relatives au siége de la tuméfaction; mais on ne l'apprend jamais qu'après la mort. J'ai décrit, dans le traité de l'affection calculeuse, une autre sorte de bride au rebord postérieur du trigone vésical, s'étendant de l'orifice d'un uretère à celui de l'autre. Il résulte quelquefois de là une espèce de bande transversale, d'autant plus saillante, du moins en apparence, que le bas fond de la vessie, qui vient immédiatement après, commence d'une manière plus brusque. Quelquefois il se forme, derrière cette bande, soit des excavations, soit des cellules qu'elle paraît recouvrir; je reviendrai là-dessus en traitant des cellules vésicales.

D'autres particularités encore ont été constatées par l'autopsie. J'ai indiqué brièvement les changements que la tuméfaction partielle ou totale, des lobes latéraux et du corps de la prostate, apporte à l'orifice vésical de l'urètre. Quoique je me sois borné à faire connaître les dispositions principales, on concevra sans peine toutes les nuances qui sont susceptibles de se présenter.

Lorsqu'au lieu d'une tumeur plus ou moins arrondie, plus ou moins volumineuse, il s'agit d'une bride, d'un repli valvulaire, formant barrière à l'orifice vésical de l'urètre, cet orifice peut présenter d'autres particularités importantes à connaître, mais qui échappent généralement dans les autopsies, parce que la plupart du temps on n'examine pas l'orifice de la vessie avant de faire la section qui doit mettre en vue les parties prostatique et membraneuse de l'urètre. Vue du côté de la vessie et en avant de la section, la bride forme une soupape semi-circulaire, quant à son bord libre, régulièrement aplatie du côté de la poche urinaire, et cachant une partie ou la totalité de l'orifice interne de l'urètre, tandis que, s'il s'agit d'une particularité de la tuméfaction prostatique ou de quelque fongosité, le bord libre et la face vésicale de

la barrière offrent en général les irrégularités dont j'ai parlé. Vu après qu'on a ouvert l'urètre et le col vésical par leur côté supérieur, le repli apparaît sous la forme d'une cloison à bord lisse, mince et semi-lunaire, qui s'élève de la face inférieure du col de la vessie. Dans quelques cas, l'examen de la face antérieure de ce viscère ne fait apercevoir aucune trace de l'orifice urétral, indiqué seulement par la saillie de la prostate et le trigone; mais le repli, qui voile ainsi cet orifice, peut exister alors même que la prostate, au lieu d'une hypertrophie, offre au contraire une sorte d'atrophie. J'ai vu un cas de ce genre dans mes recherches anatomiques; l'élève chargé de la préparation ne put découvrir l'orifice urétral qu'en introduisant une sonde; du côté de la vessie, le point correspondant, au lieu d'une saillie avec des irrégularités, offrait un enfoncement arrondi, uniformément régulier. En voyant la pièce détachée, on n'eût jamais dit qu'il s'agissait du col de la vessie, car la prostate, le trigone et les orifices des uretères ne formaient pas plus de relief que l'orifice de l'urètre.

On conçoit aisément combien de tels états morbides doivent exercer d'influence, non-seulement sur l'expulsion de l'urine et le cathétérisme, mais encore sur le diagnostic et le traitement de la plupart des maladies de la vessie. Cependant ils ont presque toujours été, sur le vivant, confondues avec d'autres.

D'abord les sensations du malade n'offrent rien de particulier. Tantôt les phénomènes ont toute la physionomie des névralgies graves de la partie profonde de l'urètre et du col vésical; tantôt, au contraire, ce sont des symptômes de phlegmasie, quelquefois aiguë, mais le plus souvent chronique. Dans certains cas même, la phlegmasie semble avoir disparu presque entièrement, et néanmoins le trouble dans l'excrétion de l'urine persiste, aussi bien que la sensation de gêne, de fatigue et d'embarras, accidents entretenus par le repli valvulaire.

Quant aux explorations, telles qu'on les a pratiquées jusqu'ici, elles étaient insuffisantes pour faire distinguer les brides des autres états morbides du col vésical et des fongus ayant leur siége au voisinage de cette partie. Mais en les pratiquant avec soin, et au moyen d'instruments perfectionnés, on obtient d'elles des renseignements utiles. Je procède de la manière suivante:

Je prends une sonde à petite courbure et graduée, que j'introduis dans l'urètre jusqu'à ce qu'elle butte contre la barrière. Après m'être assuré que la face de celle-ci est à pic du côté du canal, j'examine de combien l'instrument a pénétré, j'en abaisse l'extrémité annulaire jusqu'à ce que l'autre bout arrive au bord libre de l'obstacle, et je la pousse alors d'une ou deux lignes. L'urine jaillit, et si, au même instant, je

parviens à faire pivoter la sonde sur elle-même, je présume qu'il y a seulement une bride, et non pas tuméfaction de la prostate. En effet, dans le cas de tumeur, même peu développée, au corps de cette glande, il faut enfoncer l'instrument beaucoup plus, pour pouvoir le faire tourner sur lui-même. Cette expérience n'est pas décisive sans doute, alors même qu'on peut y recourir et qu'on l'exécute bien, mais combinée avec le procédé de défalcation, elle conduit à établir le diagnostic d'une manière assez satisfaisante.

Voilà pour les cas simples. Dans les cas compliqués, c'est-à-dire quand la bride a une certaine épaisseur, qu'elle diminue d'une manière insensible du côté de la vessie, ou, en d'autres termes, lorsque des fongosités ou une tuméfaction étendue du corps de la prostate font saillie derrière cette bride, de sorte que son bord libre et les parties situées derrière elle, soient au même niveau; enfin, dans le cas où les replis ont une direction oblique, qu'ils soient d'ailleurs simples ou doubles, les explorations ne procurent pour ainsi dire aucun renseignement qui puisse servir de guide dans le traitement. On découvre bien un changement brusque de direction de la partie profonde du canal, à l'endroit où la barrière existe ordinairement; mais on ne distingue pas si cette déviation est le résultat d'une bride, d'un engorgement du moyen lobe de la prostate, ou d'un fongus à base large, car tous ces états morbides la produisent également, un peu plus en avant ou un peu plus en arrière. Il est effectivement plus difficile qu'on ne pense de préciser le point où la sonde s'arrête; surtout quand les parties ont perdu leurs dispositions normales, ce qui arrive presque toujours.

Cependant on ne confondra pas l'état morbide, dont je m'occupe avec les coarctations spasmodiques du col vésical, comme il paraît avoir été fait dans quelques circonstances. La méprise est facile à éviter. Les coarctations spasmodiques sont passagères, et disparaissent au moyen du traitement que j'ai indiqué, au lieu que l'état anormal dont il s'agit ici est permanent, et qu'au moment même où il apporte le moins de gêne à l'expulsion de l'urine, on le retrouve toujours facilement avec le secours d'une sonde ou d'une bougie.

Les chirurgiens qui parlent de rétrécissements à la partie prostatique de l'urètre et au col vésical, se sont expliqués d'une manière assez vague pour qu'on ne sache pas au juste ce qu'ils ont pris pour une coarctation, car les recherches les plus minutieuses ont démontré que, s'il existe quelquefois de véritables rétrécissements en cet endroit, du moins sont-ils fort rares. La situation des brides est toujours telle qu'elles se bornent à dévier l'orifice vésical de bas en haut, sans le rétrécir; du moins toutes celles que j'ai observées sur le cadavre, étaient-elles plutôt

dans la vessie que dans l'urètre, et je n'ai aucune raison de penser que les choses fussent autrement chez les sujets vivants, où j'ai cru reconnaître une disposition analogue. Plusieurs fois même, j'ai pu constater à l'ouverture des corps l'existence d'une barrière fort élevée, qui n'avait cependant pas empêché d'introduire un lithoclaste ou une sonde à petite courbure, sans qu'il en fût résulté le moindre désordre.

La difficulté d'établir le diagnostic devait nécessairement paralyser les ressources de la chirurgie. Depuis que l'attention des praticiens s'est portée sur ce point, on a essayé divers moyens dont l'application a été semée d'écueils. Voici la marche que j'ai suivie dans quelques cas; les résultats auxquels je suis arrivé m'autorisent à la conseiller.

Un homme adulte éprouvait depuis quelque temps, en urinant, de la gêne et des difficultés, accompagnées d'un malaise tellement vague qu'il avait de la peine à le préciser. Cet état de choses, joint à un léger écoulement qui reparaissait de loin en loin, me fit soupçonner une raideur des parois de l'urètre, avec coarctation commençante. Plusieurs bougies molles et d'un volume croissant furent introduites; les plus grosses rapportèrent, avec l'empreinte d'un rétrécissement à la courbure du canal, une autre déformation qui me causa de l'inquiétude. La plupart d'entre elles éprouvaient un temps d'arrêt au moment où elles franchissaient le col vésical, et leur extrémité était toujours recourbée de bas en haut, mais seulement dans l'étendue de deux ou trois lignes. Je soupçonnai l'existence d'un repli transversal, et des explorations avec la sonde changèrent mes conjectures en certitude. Au moment où le bec de l'instrument paraissait avoir franchi le col vésical, il était arrêté, l'urine ne coulait point encore; et je ne parvenais dans la vessie qu'après avoir relevé brusquement l'extrémité de la sonde, qui était à courbure très-courte. Dès que j'avais franchi l'obstacle, et pendant que l'urine s'échappait, je pouvais faire pivoter l'instrument, sans découvrir aucune tumeur ni aucun corps derrière la cloison; le bec de la sonde tournait en bas, parcourait librement toute la surface du trigone vésical, et la barrière avait peu de saillie. Je fis porter d'abord quelques sondes à demeure; plus tard, je pratiquai trois cautérisations, et le malade se trouva si bien ensuite, qu'il ne me parut pas indiqué de recourir à d'autres moyens, bien que l'obstacle n'eût pas été entièrement détruit, car on le distinguait encore très-nettement avec une sonde ordinaire, soit en l'introduisant, soit en la retirant. . . . . .

J'ai employé le même traitement dans d'autres cas analogues, et souvent avec plus de succès que je n'aurais pu l'espérer. Quoique je n'eusse pas non plus détruit l'éperon en totalité, les phénomènes mor-

bides cessèrent ; l'amélioration s'est soutenue depuis plus de deux années chez un malade, et depuis un an chez plusieurs autres.

Quelquefois néanmoins, ces moyens ont été insuffisants. Tantôt les bougies, les sondes et la cautérisation sont restées sans effet ; tantôt aussi l'amélioration obtenue d'abord n'a point eu de durée. Il a donc fallu songer à attaquer le mal avec plus de vigueur et d'une manière plus directe. Les heureux résultats de la division des brides situées à l'orifice extérieur de l'urètre devaient naturellement conduire à l'essai des mêmes moyens contre celles du col vésical. Divers instruments ont été proposés, les uns pour couper la bride de haut en bas, c'est-à-dire du bord libre vers la base, les autres pour pratiquer une espèce de ponction d'avant en arrière, et au besoin, achever ensuite la division par une section exécutée de bas en haut, ou de la base vers le bord libre. Les cas nombreux de fausses routes organisées, et ce qui se passe chaque jour dans la cystotomie périnéale, sont certainement propres à justifier les tentatives qu'on a faites pour attaquer ces sortes d'obstacles par l'instrument tranchant, et si le succès n'a point répondu à l'attente, il faut sans doute en accuser, non pas le moyen lui-même, mais l'application intempestive qui en a été faite, ou les procédés défectueux qu'on a adoptés.

Je ne saurais trop répéter que la première difficulté qui se présente est de préciser l'espèce de lésion dont il s'agit. Or, je ne crains pas d'affirmer qu'avec les modes d'explorations généralement en usage, il y a impossibilité absolue d'établir un diagnostic rigoureux et de distinguer sûrement un repli transversal d'une petite fongosité, d'un engorgement du corps de la prostate. A la vérité, on dira peut-être qu'il importe peu, puisque quelques praticiens conseillent aujourd'hui le même moyen dans ces divers genres de lésion. Mais je répondrai qu'il est faux qu'un même traitement convienne dans tous les cas ; chacun d'eux, au contraire, réclame un procédé propre, et du choix qu'on fait dépend le succès. En effet, si une incision, simple ou double, mais superficielle et légère, suffit pour détruire l'obstacle produit par un repli transversal, il en faut une plus profonde et surtout plus prolongée en arrière, quand le malade se trouve atteint d'une tuméfaction partielle du corps de la prostate J'ajouterai d'ailleurs que l'emploi de l'instrument tranchant contre les tumeurs fongueuses et les engorgements prostatiques, n'est pas encore sorti du domaine de la pure spéculation, et que, bien qu'il soit vanté par quelques modernes, un praticien prudent hésitera toujours à y recourir. Qu'il me suffise donc de rappeler que, dans le cas d'un fongus pédiculé, c'est à l'arrachement, à l'écrasement qu'on doit avoir recours ; si le fongus a une base large, il rentre

dans la catégorie des engorgements partiels de la prostate ; mais, comme on ne peut déterminer rigoureusement ni son siége, ni l'étendue de sa base, le chirurgien qui voudrait l'attaquer par l'instrument tranchant agirait sans guide, et au hasard de faire naître des accidents formidables dont il n'aurait aucun moyen de préserver le malade.

C'est surtout en Angleterre qu'on a commencé à s'occuper de l'emploi de l'instrument tranchant pour écarter du col vésical les obstacles au cours de l'urine qui avaient résisté à tout autre traitement. Blizard, M. Guthrie et autres, ont proposé divers moyens sur la portée desquels l'expérience n'a pas définitivement prononcé. Quoi qu'il en soit, M. Guthric dit positivement qu'il faut tenter quelque chose et ne pas abandonner le malade ; qu'on doit diviser la barrière, en causant le moins possible de désordres dans les parties voisines. Il propose, à cet effet, le perforateur central de M. Stafford, auquel il a fait apporter quelques modifications ; mais cet instrument ne saurait être employé avec sécurité. Dans les cas de valvule épaisse ou de véritable tumeur du corps prostatique, il se bornerait à pratiquer une ponction, c'est-à-dire à faire une fausse route ; en poussant la lame destinée à diviser la barrière, ou agit sans conducteur ; en haut, en bas, en arrière, nul moyen de garantir les tissus. A la vérité, cette lame ne sort de sa gaîne que d'une quantité déterminée ; mais toujours s'agit-il d'un instrument pointu et tranchant qu'on enfonce sans le moindre guide. J'avoue que j'ai reculé devant l'application d'un pareil moyen. Voici quel est le procédé auquel j'ai eu recours dans deux cas qui se sont offerts à moi.

Mon instrument ressemble à une sonde ordinaire, d'un diamètre de deux lignes et demie, et fendu en deux sur le tiers de sa longueur, dans l'endroit correspondant à la courbure, et jusqu'à trois lignes de son extrémité vésicale. L'une des branches forme l'extrémité arrondie de la sonde ; l'autre s'applique contre la précédente, de manière à produire un tube régulier. Dans ce tube, s'en trouve placé un autre qui s'étend jusqu'au milieu de sa partie courbée, et qui porte à un pouce de son extrémité un bouton logé dans une échancrure pratiquée à la face inférieure du tube externe, au point où commence la courbure. Le tube interne renferme une tige carrée, dont l'extrémité correspondante à la courbure de la sonde se termine par une lame étroite et longue de dix lignes.

Lorsque le bouton du tube intérieur est placé dans l'échancrure du tube extérieur, les deux divisions de celui-ci sont rapprochées ; mais, quand on pousse ce bouton en avant, de deux à trois lignes, les deux branches s'écartent de cinq à six lignes. Dans cet état d'écartement, on pousse la tige carrée, et au même instant la lame qui la termine fait

saillie à la face inférieure du tube externe, entre ses deux branches écartées. Pour se servir de l'instrument, on place le bouton dans son échancrure, de manière que les deux lames, rapprochées, cachent entièrement et le tube intérieur et la lame qu'il contient; on l'introduit alors comme une sonde ordinaire. Dès que la convexité de sa courbure est placée au niveau de la barrière, on écarte les branches en poussant le tube interne; le bouton fait, au dehors du tube externe, une saillie qui sert de point d'arrêt vis-à-vis de l'obstacle, et indique avec précision le point qu'il faut inciser. Alors, on retire l'instrument de deux à trois lignes, on le fixe, on fait sortir la lame en poussant la tige carrée, et l'on divise la barrière en procédant de son bord libre vers sa base. Chaque incision ne saurait avoir plus de deux lignes de profondeur; on peut en faire plusieurs à côté l'une de l'autre. Au moyen de cet instrument, la division de la bride s'opère avec d'autant plus de facilité et de certitude, qu'en poussant le bouton, les deux branches écartées éloignent les lèvres latérales du col de la vessie, tendent la barrière et la rendent plus saillante. Après avoir fait une ou deux incisions, on ramène la lame dans sa gouttière par une traction exercée sur un anneau extérieur; puis, en tirant sur la rondelle du tube interne, le bouton qui écartait les deux branches rentre dans l'échancrure, et l'instrument redevient ce qu'il était au moment de l'introduction, c'est-à-dire une sonde ordinaire, avec deux anneaux latéraux, trois vis de pression et un petit anneau terminal.

J'ai opéré deux malades: chez l'un, il y eut une hémorragie assez abondante; l'autre ne rendit que quelques gouttes de sang. Chez l'un, une première division suffit, tandis que chez l'autre il fallut recommencer; je n'avais coupé qu'une partie de la barrière, qui n'était cependant pas très-considérable; mais c'était ma première opération, je craignais de faire une incision trop profonde. Au reste, comme la section est fort peu douloureuse, il vaut mieux être obligé de recommencer que d'aller trop loin. Les malades n'ont éprouvé aucun accident.

Toutes les fois que je rencontrerai des cas bien dessinés, dans lesquels le diagnostic pourra être établi avec précision, je n'hésiterai pas à recourir à ce procédé, dont j'ai obtenu deux fois tout le succès désirable. Cependant le succès n'a été complet que plusieurs jours après l'opération; douze dans un cas et vingt dans l'autre.

Le traitement par l'incision, et celui par la cautérisation, pourraient être combinés ensemble au besoin. Une pratique plus étendue suggérera probablement d'utiles modifications à cet égard.

CIVIALE.

RÉFLEXIONS SUR LA GUÉRISON DU BÉGAIEMENT PAR LA SECTION DES MUSCLES DE LA LANGUE.

Les procédés opératoires qui ont été imaginés pour guérir le bégaiement, varient, suivant la théorie que chacun a conçue de cette difformité. Mais une remarque assez intéressante à faire, c'est l'erreur dans laquelle sont tombés quelques chirurgiens en prenant le strabisme pour point de départ, pour en trouver l'analogie dans le bégaiement. Dans le strabisme, c'est l'organe qui est déviée, et dans le bégaiement c'est la fonction qui est troublée, sans altération matérielle dans la position de l'organe. Pourque l'analogie soit vraie, la langue devraitêtre déviée, et elle ne l'est presque jamais, excepté pour un chirurgien à qui de *profondes méditations* font voir des choses qui échappent à ceux qui dc penser.

Nous devons diviser les méthodes opératoires en deux classes.

1° L'opération qui tend à modifier l'innervation de la langue.

2° L'opération qui tend à rendre plus de liberté à la langue.

La première de ces deux classes, comprend : 1° les opérations faites sur la langue au moyen du bistouri, elles appartiennent à Dieffenbach ; 2° l'opération faite sous la langue par l'instrument tranchant, c'est celle que j'ai exécutée pour la première fois ; et 3° l'opération faite sur la langue par des ligatures; elle appartient à M Velpeau.

La seconde classe renferme les opérations qui ont été faites sur l'attache du muscle génio-glosse; elle peut être exécutée par trois procédés différents, qui sont celui de M. Velpeau, celui de M. Amussat et le mien.

Enfin, la section des génio-glosses a aussi été faite par la méthode sous-cutanée.

Dieffenbach a opéré de deux manières, suivant la plus ou moins grande longueur de la langue. Lorsque la langue est trop courte, il fait seulement une incision transversale sur la racine de la langue, cette incision divise toute l'épaisseur de cet organe, sépare en deux parties toute la musculature linguale, et en change. l'innervation, il réunit ensuite les deux parties divisées par six points de sutures, forts et épais.

La seconde opération est plus grave, elle est indiquée surtout dans ces cas où la langue est trop longue, et ce qui la distingue de la première, c'est l'ablation d'un morceau triangulaire qu'il faut former aux dépens de la racine de la langue. Pour exécuter cette opération, il faut amener hors la bouche, la langue du bègue, en la tenant avec des pinces de Museux; on la fait ainsi sortir de toute sa longueur, on enfonce à la

base de la racine de la langue un bistouri étroit, on traverse l'organe d'un côté à l'autre, et en relevant le tranchant de la lame on coupe la langue en deux parties. Il faut aussitôt accrocher avec une érigne le moignon postérieur, afin qu'il ne retombe pas sur la glotte. Ce mouvement pourrait devenir mortel, en empêchant le malade de respirer. L'aide qui tient la partie antérieure de la langue doit donner toute son attention à cet acte important de l'opération; car il pourrait aussi arracher la partie antérieure de la langue s'il faisait le moindre mouvement brusque ou inopportun.

L'opérateur prend alors avec des pinces un morceau triangulaire qu'il emporte avec un bistouri, hors de la partie de la langue que l'aide tient; ensuite il fait passer six points de suture, en commençant par le moignon postérieur et en finissant sur la partie antérieure de la langue. Ces deux parties sont ainsi réunies, et l'hémorragie *toujours* abondante, est arrêtée; l'écoulement du sang est d'autant plus sûrement maîtrisé que l'on a fait pénétrer les aiguilles plus profondément dans la plaie.

Lorsqu'on enlève la première ligature, il sort des points de suture quelques gouttes de sang, il ne faut pas continuer l'extraction des fils. Ces gouttes de sang sont un avertissement que la cicatrisation n'est pas encore assez solidement établie; ces fils doivent être enlevés sans secousses, le malade doit tirer la langue hors de la bouche; on prend alors avec des pinces l'extrémité d'une ligature un peu au-dessous du nœud, on le soulève, et on le coupe au-dessous du nœud. La cicatrice reste toujours visible, la partie antérieure de la langue est un peu atrophiée, et il existe un sillon plus ou moins profond entre le moignon postérieur, qui a conservé son innervation et sa circulation première, et entre la partie antérieure, qui a subi des changements dans ses deux principes d'existence.

Dieffenbach a également fait la section transverse de la langue en conservant la membrane muqueuse qui recouvre supérieurement cet organe. Il ne se loue pas infiniment de cette pratique, et je pense qu'il y a renoncé.

L'opération que jai faite sous la langue, consiste à soulever cet organe avec une érigne, et de tendre le plus possible l'éventail musculaire formé dans la langue par les génio-glosses. Ensuite j'ai ouvert la membrane mnqnense avec des ciseaux, et j'ai fait entrer sous la langue un crochet tranchant sur sa concavité. Cet instrument chargeait l'éventail musculaire, et en le ramenant hors la bouche, par le mouvement d'un quart de cercle d'étendne, j'ai coupé toute la musculature inférieure de cet organe.

L'hémorragie qui a suivi cette opération a constamment été très-

abondante, et l'on est pour ainsi dire privé de tout moyen d'action pour l'arrêter; car elle se fait en nappe ou par de petites artères que l'on ne peut pas saisir.

Dans le but d'éviter l'hémorragie si abondante après la division de la langue, M. Velpeau a cherché à modifier la méthode de Dieffenbach, il a limité avec de fortes ligatures le coin triangulaire que Dieffenbach emporte avec le bistouri. L'opération de M. Velpeau, consiste à faire passer à la base de la langue une forte ligature double, on sépare les chefs doubles, de sorte que l'on peut en serrer deux en arrière et deux en devant; on forme de cette manière un coin dont le sommet est renversé et dont la base répond à la face supérieure de la langue.

Les opérations qui ont été faites sur l'attache des génio-glosses à la mâchoire inférieure ont eu pour but de donner plus de liberté à la langue, soit en permettant son allongement, soit en facilitant ses divers mouvements; elles ont été faites sur trois points différents de l'espace compris entre l'orifice des canaux de Warton et l'insertion musculaire à l'apophyse géni.

M. Velpeau coupe le muscle près de l'apophyse géni, il soulève la muqueuse avec des pinces, et après l'avoir ouverte, il coupe le muscle avec un bistouri. J'ai jusqu'à ce jour coupé les muscles génio-glosses au-dessous des canaux de Warton; après avoir fait soulever la langue par une érigne implantée dans le filet, j'enfonce un canif recourbé en serpette sur un des côtés des génio-glosses, et en abaissant le manche de l'instrument, la lame coupe en un instant toute la musculature qu'elle rencontre sur son passage; ce procédé est exécuté avec une grande promptitude.

M. Amussat fait son opération entre le point sur lequel agit M. Velpeau, et l'orifice des canaux de Warton, au dessous desquels je plonge mon bistouri. M. Amussat divise cette opération en deux parties qu'il nomme *temps*, il recommande de méditer *profondément* le premier temps, qui consiste à couper *le filet*. Alors on fait parler le malade, s'il n'y a pas d'amélioration dans la parole, M. Amussat coupe la partie supérieure des glandes sublinguales; on engage l'opéré à parler encore, si les spectateurs ne sont pas satisfaits, M Amussat coupe les muscles génio-glosses. La résection des glandes sublinguales et la division de cette opération en deux temps, sont deux choses qui appartiennent à M. Amussat.

Quelques opérateurs ont bien encore modifié ces procédés, ils coupent un millimètre au-dessus ou au-dessous du point sur lequel agissent MM. Velpeau et Amussat, ils se servent de ciseaux lorsque d'autres

emploient le bistouri, et alors dans l'histoire de l'opération on trouve le procédé de M. Baudens, etc., etc.

La section sous-cutanée des génio-glosses, consiste à faire entrer sous la peau et derrière la mâchoire inférieure, une lame étroite de bistouri assez longue pour arriver jusqu'à la muqueuse sous-linguale, qu'il ne faut pas ouvrir; alors en donnant à l'instrument un mouvement de bascule, on divise les muscles génio-glosses, et l'on évite ainsi l'hémorragie et la suppuration de la plaie.

Il existe encore une modification des opérations faites sur la langne; M. Velpeau ayant examiné un sujet qui parlait difficilement, et ayant remarqué que la langue était démésurément trop longue, se détermina à exciser de cet organe un morceau triangulaire aux dépens de sa pointe, les deux lèvres furent réunies par des points de suture, et en trois jours la cicatrisation était entièrement faite. Cette opération fut très rapidement exécutée, il n'y eut pas d'hémorragie, l'inflammation fut très-modérée, et après avoir retiré les points de suture la guérison de cette plaie était achevée.

Il ne faut pas oublier, parmi tous ces procédés, ce qui a été fait en Angleterre. M. Jearsley de Londres a réséqué les amygdales, et a coupé la luette, afin de laisser à l'air un passage plus libre. Selon ce chirurgien, le bégaiement dépend d'un empêchement apporté à la sortie de l'air lors de l'expiration.

Quel est le résultat final de l'exécution de toutes ces méthodes et de tous ces procédés? Dieffenbach dit avoir obtenu presque autant de succès qu'il a fait d'opérations. Il faut croire ce que ce célèbre opérateur publie, parce que ses assertions sont entourées de preuves qu'on ne peut pas hésiter à admettre. Il cite comme témoins de ses opérations MM. de Humboldt, Muller, Schœnlein, etc., et ensuite on conçoit que la division totale des nerfs de la langue, produise un changement dans l'innervation de cet organe.

M. Bonnet de Lyon a également fait connaître quelques succès, le caractère et le talent de M. Bonnet sont des garanties de la véracité des faits qu'il a annoncés.

Maintenant faut-il ajouter foi à ces succès *si nombreux*, rapportés par les journaux de médecine de la capitale? Nous pensons que les opérateurs se sont abusés sur leurs résultats, et que les succès qu'ils ont proclamés si haut ne sont que quelques légères modifications dans la parole, produites immédiatement par l'opération; ces modifications pour la plupart, cessent à mesure que la cicatrisation de la plaie. Il est arrivé qu'un bègue bégayait plus fortement après l'entière guérison de

la plaie qu'avant d'avoir été opéré. Les recherches que j'ai faites sur les bègues m'ont donné les chiffres suivants.

Sur cent individus parlant mal, et que l'on appelle improprement bègues, on trouve seulement cinq sujets bégayant réellement, et ceux-là seuls sont aptes à être opérés avec succès. De ces cinq individus, on compte deux ou trois qui bégaient seulement sur les lettres linguales; dans ces cas l'opération est brillante par ses résultats, le bégaiement cesse entièrement. Les deux autres bégaient sur les linguales, et sur les labiales; alors l'opération fait seulement disparaître le bégaiement des linguales et elle modifie à peine le bégaiement des labiales.

J'ai vu dans le service de M. Velpeau un succès brillant après une opération faite sur un sujet qui bégayait, c'est-à-dire qui redoublait les lettres linguales.

Les quatre-vingt-quinze autres individus ne bégaient pas, mais ils parlent mal, soit parce qu'ils ferment la bouche en voulant parler, soit parce qu'ils ne respirent pas, soit parce qu'ils ne peuvent pas, ou ne savent pas se servir de la langue pour aider l'articulation, soit enfin parce qu'ils n'ont rien à dire.

Ce sont autant de modifications qu'il faut savoir apprécier, et cependant ce sont autant de cas que certain chirurgien opère. Nous répéterons à ce chirurgien le conseil qu'il donne aux praticiens, c'est de *méditer* sur les variétés que nous venons d'énumérer afin de ne plus inutilemet déchiqueter la bouche de tant de pauvres sujets.

Ch. Phillips.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR L'APPAREIL A EAUX MINÉRALES ET SUR LES BOUTEILLES SIPHOIDES DE. M. SAVARESSE.

Sur la demande de M. le docteur Douillet, l'Académie a chargé une commission composée de MM. Husson, Orfila, Labarraque et Soubeiran, rapporteur, de lui faire un rapport sur les appareils de M. Savaresse pour la préparation des liqueurs gazeuses et sur les vases siphoïdes destinés à contenir ces liqueurs. C'est un extrait du travail de M. Soubeiran que nous allons donner.

Les vases siphoïdes de M. Savaresse sont une partie tout à fait neuve dans la fabrication des eaux minérales. Chacun sait que lorsqu'on

débouche une bouteille d'eau gazeuse, la vive effervescence qui se produit fait perdre une quantité de gaz ; l'on sait encore que quelques soins que l'on puisse mettre à reboucher la bouteille, l'eau s'y affaiblit rapidement, et le dernier verre est peu chargé. Nous avons trouvé, en opérant sur des eaux gazeuses qui contenaient trois et quatre volumes de gaz, qu'en mettant dix minutes d'intervalle entre chaque verrée, et en ne perdant avant de boire chaque verre que le temps nécessaire pour reboucher la bouteille et la coucher, un consommateur qui boit une bouteille d'eau gazeuse dans l'espace d'une demi-heure n'a guère qu'un volume de gaz carbonique dans le premier verre, et à peine un quart ou un cinquième de volume dans le dernier. Il faut ajouter à cet inconvénient de la perte du gaz, le danger sans cesse imminent auquel se trouve exposé celui qui est dans le voisinage d'une bouteille chargée. Ce sont ces inconvénients auxquels M. Savaresse a eu l'idée de se soustraire. Il dut, pour y parvenir, faire usage de vases suffisamment résistants, et adapter à ces vases un mécanisme qui permît de tirer l'eau par parties sans les déboucher. Tel est le but que doivent remplir les vases siphoïdes.

Le principe sur lequel est basée leur construction se comprend aisément : un cruchon en grès verni très-résistant porte, à sa partie supérieure, un ajustage qui se compose essentiellement d'un tube en verre qui va plonger jusqu'au fond du cruchon, et d'un petit piston refoulé par un ressort et qui ferme exactement l'ouverture de ce vase. Un levier peut à volonté soulever le ressort, et un bec latéral donne issue au liquide. Une semblable bouteille ayant été préalablement remplie de gaz carbonique, on applique le bec d'etain latéral sur un robinet approprié à cet usage, on soulève le piston avec la main et l'on tourne la clef du robinet de la machine. L'eau gazeuse est refoulée dans la bouteille qu'elle remplit jusqu'à ce que l'atmosphère, supérieure dans la bouteille, ait une force élastique égale à celle qui existe dans le récipient de la machine ; il en résulte que le cruchon ne se remplit jamais complétement. Pour arriver à ne laisser qu'un vide modéré à la surface de l'eau, on opère sous une pression de dix à onze atmosphères. Qu'on se garde bien d'en conclure que le volume de gaz dans l'eau est en rapport avec cette pression ; celle-ci n'est que superficielle ; l'eau n'a pas eu le temps d'arriver à saturation ; elle n'a guère pris que la charge ordinaire. Une fois la bouteille remplie, on peut la conserver en cet état aussi longtemps qu'on le veut. Pour en tirer l'eau gazeuse, il suffit de presser sur le levier ; l'eau est aussitôt refoulée et monte par le tube de verre. A l'instant où on laisse le piston retomber, toute communication avec l'intérieur est interrompue.

M. Savaresse se montre disposé à croire que l'eau conserve un même état de saturation, dans les vases siphoïdes, depuis le premier verre jusqu'au dernier. Théoriquement le fait nous paraissait difficile à admettre. Voici ce que l'expérience nous a appris à ce sujet.

Nous avons opéré d'abord avec un vase siphoïde dont la capacité totale était 3,285 litres... 2,515 litres étaient occupés par l'eau gazeuse, et 0,770 litres par le gaz. La pression supérieure était sept atmosphères; nous avons tiré 0,5 litre d'eau gazeuse d'heure en heure, et nous avons observé les pressions superficielles.

Volume occupé par le gaz.	Pression ou atmosphère.	Volume nouveau.	Pression 1 h. après le tirage.	Pression calculée.
0,770	7	1,270	4,5	4,24
1,270	4,5	1,770	3,3	3,28
1,770	3,3	2,270	2,6	2,57
2,270	2,6	2,770	2,3	2,13
2,770	2,3	3,200	2,0	1,95

L'eau a donc perdu constamment une partie de son gaz; mais la perte a marché lentement, l'eau ne cédant que pied à pied le gaz en excès, ainsi que l'un de nous s'en était assuré, il y a déjà longtemps, par d'autres expériences.

Nous avons recherché en outre par une voie directe la proportion de gaz contenu dans des verres d'eaux gazeuses tirés des vases siphoïdes, à des intervalles déterminés.

	Eau retirée.	Intervalle.	Volume du gaz.
1re bouteille	,165 lit.	0 0	4,10 vol.
	,140	1 heure	3,84
	,120	1 heure	3,70
	,100	1 heure	2,60
2e bouteille	,165	0 0	4
	,140	2 heures	3,84
	,140	2 heures	3,20
	,110	2 heures	2,40
3e bouteille	,160	0 0	4,10
	,155	4 heures	3,50
	,130	3 heures	3,50
	,100	4 heures	2,60
4e bouteille	,160	0 0	4,10
	1,40	12 heures	3 84
	,130	12 heures	3,40
	,130	12 heures	2,23

Ces expériences nous disent que, l'eau étant chargée de quatre volumes de gaz dans les cruchons siphoïdes, le dernier verre tiré après

quarante-huit heures contient encore près de deux volumes et demi de gaz.

Si nous rapprochons ces expériences de celles qui nous ont appris que l'eau versée d'une bouteille d'eau de Seltz, est ramenée en quelques instants à ne contenir dans le verre qu'un volume de gaz carbonique, nous en tirerons ces conséquences; 1° que l'eau s'affaiblit dans les vases siphoïdes à mesure qu'on les vide, contrairement à ce qu'avait pensé M. Savaresse; 2° que cette eau étant reçue dans un verre, chaque verre contient la même quantité de gaz; ce qui, dans le fait, est le résultat que l'on veut obtenir.

Cette donnée est confirmée par une expérience que nous avons rapportée plus haut, et qui nous a montré qu'au moment où nous tirions le dernier verre, il y avait encore dans le cruchon, à la surface de l'eau, une pression de deux atmosphères et demi qui maintenait le gaz en dissolution; nous en concluerons que la forte pression superficielle sous laquelle on remplit les vases siphoïdes, n'a pas seulement pour effet d'y refouler une plus grande quantité de ce liquide, mais qu'elle concourt à maintenir les dernières portions de celui-ci dans un état convenable de saturation.

Nous n'avons pas voulu laisser ces résultats si nettement établis sans une nouvelle confirmation pratique. A cet effet, nous avons retiré, de deux heures en deux heures, un verre d'eau gazeuse d'une bouteille siphoïde, et nous avons déterminé la quantité de gaz contenue dans chaque verrée. L'expérience a donné pour chacune un volume de gaz sensiblement égal.

Le gaz en excès est perdu pour le buveur; aussi boit-il le dernier verre au même état de saturation que le premier; c'est l'avantage que précisément on attendait des vases siphoïdes; mais ici s'est présenté à nous un résultat vraiment curieux, c'est que cette eau des vases siphoïdes, aussi chargée que les eaux les plus gazeuses qui nous soient livrées par le commerce, est plus faible qu'elles une fois qu'elle a été versée dans le verre; elle ne contient pas les trois quarts de son volume de gaz; le fait une fois observé, l'explication n'était pas difficile; elle se trouvait dans l'observation faite, il y a déjà longtemps, par un des membres de la commission, qui s'est assuré que l'eau perd d'autant plus de gaz qu'elle s'écoule sous une pression plus forte, ou, ce qui revient au même, qu'elle est plus agitée.

Ainsi, l'eau retirée d'un vase siphoïde sera bue par le consommateur, moins chargée que le premier verre retiré d'une bouteille d'eau gazeuse ordinaire; mais tous les verres qui se succéderont contiendront une égale quantité de gaz. Cette quantité est-elle suffisante? Nous n'hé-

sitons pas à l'admettre, et nous en appellerons au témoignage de ceux qui ont eu l'occasion de se servir des vases siphoïdes.

A l'avantage de fournir de l'eau plus également chargée, M. Savaresse ajoute, en faveur des vases siphoïdes, l'économie sur les bouchons, la ficelle, la main-d'œuvre, et sur la casse de bouteilles qui se renouvelle à chaque opération.

A côté de ces avantages viennent cependant se placer des inconvénients réels. Les cruchons siphoïdes sont lourds, peu commodes pour le transport; leur prix de revient est très-élevé. Il est vrai que ces défauts sont à peu près nuls pour le consommateur, et que jusqu'à présent ils n'ont pesé que sur le fabricant qui ne vend pas de vases et qui se charge du transport à domicile; mais on ne peut se dissimuler que le système des vases siphoïdes, fort bon en lui-même, ne soit entravé par ces circonstances accessoires. Il faut remarquer encore que le mécanisme siphoïde est quelque peu sujet à se déranger; ce qu'il y a au moins de bon, c'est que si la bouteille a perdu son gaz, l'eau, n'étant plus pressée à la surface, ne s'élève pas dans le siphon, et le consommateur ne peut être trompé sur sa qualité. Nous restons persuadés qu'il est possible de simplifier beaucoup l'appareil, d'en diminuer le prix et de rendre aussi les vases siphoïdes d'un usage général. M. Savaresse, dont l'esprit inventif s'est signalé à nous avec tant d'avantage dans les expériences qui ont précédé ce rapport, M. Savaresse est plus apte que tout autre à perfectionner son œuvre. Le principe suivant lequel il a opéré est bon, l'application est heureuse; il reste à lui faire subir quelque modification pour le rendre d'un usage plus facile et plus répandu.

En résumé : M. Savaresse a introduit des modifications avantageuses dans la fabrication des liqueurs chargées de gaz carbonique;

L'idée sur laquelle il a construit les vases siphoïdes est heureuse et réalise une amélioration évidente;

Si les vases siphoïdes laissent encore quelque chose à désirer dans leur construction, ils fonctionnent avec avantage dans leur état actuel;

Dès aujourd'hui ils remplissent la condition de fournir au buveur une liqueur gazeuse toujours également saturée.

FORMULES DE QUELQUES PRÉPARATIONS DE LACTATE DE FER.

Voici les formules nouvelles proposées par M. Cap, pour la préparation de tablettes, d'un sirop et de pilules au lactate de fer.

Tablettes de lactate de fer.

Prenez :	Lactate de fer.	30 grammes.
	Sucre.	360 grammes.
	Mucilage de gomme arabique. . . .	*s. q.*

F. s. l'art des tablettes du poids de 65 centig. (13 grains) qui contiendront chacune 5 centigr. (1 gr.) de sel. De six à douze par jour.

Sirop de lactate.

Prenez :	Lactate de fer.	4 grammes.
	Eau distillée bouillante.	200 grammes.
	Sucre blanc.	400 grammes.

F. s. l'art. Ce sirop contient environ 20 centigrammes (4 grains) de sel par once de sirop.

Pilules de lactate.

Prenez :	Lactate de fer.	1 gramme.
	Poudre de guimauve.	1 gramme.
	Miel.	*s. q.*

F. 20 pilules que l'on argente ou que l'on recouvre de gélatine.

Les médecins doivent se tenir en garde contre certaines préparations livrées comme contenant du *lactate de fer* et qui ne contiennent pas un seul atome de ce sel. Pour reconnaître la fraude, il suffit de faire dissoudre une pastille dans une petite quantité d'eau, et d'y ajouter un peu de tannin pur. Si la préparation est bien faite, la liqueur devient noire ; si elle reste incolore, c'est une preuve que les pastilles ne valent rien. On peut se servir aussi du ferrocyanure de potassium, pour reconnaître la présence du lactate de fer, on agit comme avec le tannin; si le médicament contient du lactate de fer, on a une coloration en bleu, coloration qu'on n'obtient pas avec les produits dans lesquels on a substitué à ce sel des préparations insolubles de fer.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les hernies faites à l'amphithéâtre du bureau central des hôpitaux civils de Paris, en 1839-1840, *par J.-F.* Malgaigne, *professeur agrégé de la faculté de médecine, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, et recueillies sous ses yeux par* M. Gelez, *interne des hôpitaux de Paris.*

Il est des hommes d'une activité infatigable, pour lesquels les difficultés sont comme le stimulant nécessaire de leur esprit. M. Malgaigne est de ce nombre; doué d'une sagacité peu commune, d'une grande érudition, d'un jugement sûr, d'un zèle que rien ne rebute, il se jette résolument dans les travaux les plus ardus, les plus longs, et il est rare que de ses lumineuses investigations il ne résulte quelque acquisition nouvelle pour l'art qu'il professe. C'est ainsi qu'il a débrouillé l'histoire des hernies, et qu'il a fait rentrer dans le domaine de la chirurgie cette branche de l'art laissée depuis des siècles à la routine des bandagistes et des mécaniciens, qui l'exploitaient beaucoup plus industriellement que scientifiquement.

Nous n'avons pas l'intention, dans cette courte notice, d'analyser les leçons cliniques de M. Malgaigne, publiées avec distinction par M. Gelez son élève, interne des hôpitaux; elles sont toutes riches de faits et de déductions pratiques. Des dix-sept leçons qui composent l'ouvrage, nous n'en savons pas une seule qui ne soit appelée à ébranler des convictions en apparence solidement établies, ou à réformer des erreurs évidentes. La statistique, qui s'applique ici merveilleusement, conduit M. Malgaigne à un résultat qu'il suffit d'énoncer pour montrer l'importance de l'étude à laquelle il s'est livré; ce résultat, c'est qu'il y a en France deux hernieux sur quarante-un individus, c'est-à-dire que le vingtième de la population, moins une fraction, est atteint de hernie; c'est-à-dire encore qu'il existe en moyenne seize cent mille hernieux en France. Ils sont donc excessivement nombreux les cas dans lesquels le médecin peut être consulté sur cette importante question; et c'est à la fois un devoir de science et de conscience que de s'éclairer, sur ce point, de toutes les lumières d'une expérience laborieuse.

Un des faits qui nous a le plus frappé dans ce travail, c'est l'effrayante mortalité qui pèse sur les vieillards hernieux. Pour parler en chiffres, entre soixante-quinze et cent ans, il meurt neuf fois plus de vieillards atteints de hernie que d'autres; à cet âge de la vie, chez les hernieux, les maladies ont une funeste prédilection pour l'appareil di-

gestif ; ces maladies deviennent plus fréquentes et plus graves, les digestions sont plus laborieuses, la nutrition s'altère, la somme des forces baisse proportionnellement, et laisse l'individu presque sans défense contre les maladies qui viennent l'assaillir. Il est donc de la plus haute importance d'étudier, dans l'ouvrage de M. Malgaigne, tout ce qui regarde la thérapeutique des hernies réductibles.

En fixant l'attention sur ce sujet si intéressant, nous pourrions presque dire si neuf, M. Malgaigne a rendu un service réel à l'hygiène publique. Quand on voudra suivre la science dans son développement successif sur cette question pratique des hernies réductibles, c'est donc au livre de M. Malgaigne qu'il faudra surtout s'adresser. Si jusqu'ici le médecin s'en est légèrement rapporté à la sagacité plus ou moins problématique des bandagistes pour décider la question de l'appropriation des moyens contentifs à telle ou telle hernie, il ne doit plus aujourd'hui s'en rapporter qu'à lui-même et à son jugement ; il trouvera dans les leçons cliniques un guide aussi éclairé que consciencieux. En un mot, ce livre manque à tout le monde, parce qu'il manquait à la science elle-même.

Médecine légale théorique et pratique, par M. Alph. Devergie, *professeur de médecine légale, médecin des hôpitaux ; revus et annotés par M. J. B.* Dehaussy de Robercourt, *conseiller à la cour de cassation, deuxième édition entièrement refondue.*

Si l'on pouvait conserver quelques doutes sur la nécessité, pour les médecins, des études de médecine légale, les forfaits qui viennent de temps en temps épouvanter la société, montreraient surabondamment, que le doute, à cet égard, est une complète erreur. Naguère encore lorsqu'un crime horrible captivait douloureusement l'attention de la France, de l'Europe tout entière, nous avons tous plus d'une fois gémi sur la difficulté du rôle de notre science, au milieu des diverses péripéties de ce drame sanglant. Cependant, il faut bien le dire, le fait qui, dans ce cas, appelait la lumière du médecin légiste, n'était pas, tant s'en faut, le plus compliqué, le plus difficile des faits nombreux qui intéressent la médecine légale. Ces réflexions nous sont naturellement inspirées par la lecture de l'ouvrage de M. Devergie, dont il s'agit en ce moment. Tout en accordant à la toxicologie la haute importance qu'elle mérite, M. Devergie sait qu'elle n'est point toute la médecine legale, et qu'à côté de la question d'empoisonnement, se tiennent, se pressent d'autres questions non moins difficiles, et que bien plus souvent encore

le médecin légiste est appelé à élucider. Qu'on comprenne bien notre pensée : quoiqu'il ne s'occupe pas exclusivement de toxicologie, il s'en occupe très-sérieusement et très-longuement, un volume de près de huit cents pages est tout entier consacré à cet important sujet. Si, sur ce point même, on veut connaître parfaitement l'état de la science, nous doutons qu'on le trouve ailleurs plus nettement et plus savamment exprimé. C'est ainsi que nous avons lu avec un véritable intérêt le long chapitre que M. Devergie consacre à l'importante question qu'a fait naître, en toxicologie, la récente découverte de MM. Orfila et Couerbe. La question était délicate, M. Devergie s'en est tiré avec convenance et indépendance tout à la fois : il n'a point flatté, il n'a point fait non plus d'opposition : il a fait de la vérité, but éternel de la science. Nombre d'autres questions de toxicologie sont traitées avec la même sagacité, et avec la même abondance d'expériences et de faits. Ceci est même un des principaux caractères de ce traité de médecine légale ; presque constamment le fait marche à côté de la théorie, non-seulement là où le fait est nécessaire pour établir nettement un point de doctrine, mais il marche également à côté de la règle, pour guider plus sûrement le médecin légiste dans l'interprétation scientifique des faits sur lesquels la justice réclame le concours de ses lumières.

Nous avons dit que, pour M. Devergie, la médecine légale ne se résume point en toxicologie. En effet, pendant que la plupart des médecins légistes concentrent toute leur attention sur cette dernière branche de la science, et passent en général si légèrement sur les autres parties, notre auteur, doué d'un esprit essentiellement pratique, et guidé sérieusement nous le croyons, par le sentiment du devoir, ne néglige aucune des questions au bout desquelles il y a l'innocence à sauver, ou la vindicte des lois à satisfaire. Les questions de morts subites, des exhumations judiciaires, de suppressions, de suppositions de part, d'infanticide, d'asphyxie, d'identité, d'aliénation mentale, etc., etc., y sont tour à tour traitées avec une ampleur de détails, une abondance de faits, une netteté d'interprétation que peu d'auteurs d'ouvrages de médecine légale ont égalées peut-être, que pas un n'a supassées sans doute. Par exemple, nous n'avons vu nulle part discutée avec une aussi incontestable supériorité la question de la monomanie homicide. Tout magistrat qui lira cette vigoureuse discussion, répudiera ce préjugé barbare, qui, le faisant se révolter contre les données de la science moderne, le conduit à nier cette fatale perversion des facultés de l'intelligence, et appeler toutes les sévérités de la loi sur la tête d'un infortuné, qui n'est pas plus responsable de son action que l'instrument matériel même qui donna la mort. Qu'ajouterons-nous à un éloge aussi explicite d'un ou-

vrage, que, dans l'intérêt de la science, et dans l'intérêt plus élevé encore de la société, nous voudrions voir entre les mains de tous les médecins? Rien, sinon qu'il y a crime pour l'homme de l'art à ne point s'éclairer de toutes les lumières qui peuvent le guider dans l'accomplissement de la fonction difficile, à laquelle il est appelé par la loi à titre de médecin légiste.

Traité de l'entérite folliculeuse, fièvre typhoïde, par C. P. Forget, *professeur de clinique médicale de la faculté de Strasbourg, président des jurys médicaux, membre correspondant de l'académie royale de médecine, etc., etc.*

Parmi les maîtres de la science contemporaine, il n'en est pas un seul peut-être, qui n'ait affectionné un sujet plus particulier d'études, et qui n'ait ainsi donné à son nom la valeur d'une autorité spéciale. Mais à côté de ces études fragmentaires, il en est une qui commande l'attention de tous les esprits un peu fortement trempés, et à laquelle se croient en quelque sorte obligés de sacrifier les monographes les plus exclusifs. Cette étude, cette question, qui font l'étude et la question de tout le monde, c'est la détermination de la nature de la fièvre typhoïde, ou pour parler plus généralement des fièvres graves. La raison de cette préoccupation commune dans un temps de travail parcellaire comme le nôtre, c'est que cette question a la plus haute portée, et que les ploblèmes les plus ardus de la science s'y trouvent implicitement et solidairement compris. M. Forget en abordant à son tour ce point de pathologie, a cédé à la voix de l'instinct scientifique, qui a guidé presque tous les maîtres contemporains; cela lui est permis, et nul ne s'étonnera de le rencontrer dans cette voie.

Le professeur de clinique de la faculté de Strasbourg a parcouru le cercle entier de l'étude à laquelle il a consacré un travail sérieux; indiquons rapidement le plan de cette œuvre importante. L'auteur commence par demander à l'histoire ce qu'ont pensé les anciens relativement à l'identité des fièvres essentielles, à leur localisation dans l'intestin, et à la nature inflammatoire de la lésion génératrice des accidents; trois idées fondamentales, qui, suivant M. Forget, ne peuvent aujourd'hui faire doute dans aucun esprit éclairé, et que revendiquent comme leur conquête légitime les observateurs modernes. Dans cette importante question, sur laquelle de vives lumières ont été déjà répandues, l'auteur fait preuve d'une érudition vaste et bien choisie, et il établit surabondamment, selon nous, que longtemps et bien longtemps avant

Broussais, Prost, les idées fondamentales de l'école physiologique comme de l'école anatomique avaient été nettement articulées par plusieurs observateurs, à qui il n'a manqué que l'occasion de lire un peu plus fréquemment dans les cadavres, pour ôter à Broussais même le prétexte de toute réforme. Ce point d'histoire bien établi, l'auteur définit à son tour la fièvre typhoïde, qu'il déclare être purement et simplement l'inflammation des follicules intestinaux, comme la pneumonie est l'inflammation des poumons : vient ensuite l'anatomie pathologique, la symptomatologie, où il examine les formes diverses que peut revêtir la phlegmasie folliculeuse, le pronostic, l'étiologie, le traitement, enfin la prophylaxie de la maladie. On comprendra qu'il nous est impossible, dans un court article de bibliographie, de toucher à toutes les questions qui se pressent dans un cadre si large et si complet. Bornons-nous à faire saillir quelques-unes des vues.

Pour M. Forget, la théorie des fièvres graves est bien simple, c'est une inflammation folliculaire avec réaction variable de l'organisme, rien de plus ni rien de moins. Notre honorable ami le professeur de Strasbourg est, on le voit, un peu loin de compte avec nous, et la plupart des médecins du jour, qui croyions que la pensée de Broussais n'appartenait plus qu'à l'histoire. C'est une bonne fortune pour cette pensée que d'être adoptée par un homme aussi distingué et aussi fort que M. Forget; nous doutons pourtant que, sous cette bannière nouvelle, elle recrute de nombreux partisans. M. Bouillaud, lui-même, qui met tant d'ardeur à conserver le feu sacré, est dépassé; M. Forget nie l'altération du sang dans les fièvres graves; il oppose ses observations à la masse des faits dont s'étaie M. Bouillaud, pour établir que, même dans un état avancé de la maladie, et dans les cas graves, souvent on voit manquer le caractère de diffluence, de mollesse du caillot sanguin, sur lequel on a voulu échafauder une vaine théorie de cachexie aiguë secondaire, ou primitive. Pour ce qui est des expériences de MM. Magendie, Cruveilhier, Saucerotte, Leuret, Lassaigne, Hamont, etc., que connaît fort bien M. Forget, et qui démontrent que les fièvres graves peuvent être directement réalisées par l'injection dans le sang de matières putrides, de sang altéré, ces expériences lui paraissent devoir être considérées comme susceptibles d'une interprétation différente de celle qui a été proposée et qui est généralement admise, quant aux résorptions purulentes, qui réalisent presque nécessairement la forme typhoïde la plus grave, il n'en parle pas. Le parti de M. Forget est donc bien pris, il n'y a dans les fièvres graves qu'une inflammation folliculeuse. Tous les faits précédents, qui sembleraient au moins devoir faire préjuger une étiologie un peu moins exclusive, n'ont nullement pour lui cette signification.

Nous ne pousserons pas plus loin cette analyse : M. Forget ayant posé le triple principe de l'unité, de la localisation, et de la nature inflammatoire des fièvres graves, il est facile de pressentir le reste de sa pensée sur les autres points de cette immense question, et sur la thérapeutique de cette maladie. La logique, la sévérité de son esprit l'ont conduit droit à toutes les conséquences de la pratique de l'école de l'irritation. Notre amitié pour M. Forget, nos profondes et sincères sympathies pour sa haute intelligence, nous font regretter de faire une opposition si nette et si tranchée à ses idées; mais, pour nous, ces idées ne sont pas les vraies, ces principes sont dangereux; nous l'estimons trop, et nous nous estimons trop nous-même, pour ne pas le lui dire avec franchise.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Urétroplastie pratiquée avec un succès complet, par un procédé nouveau. — Le lecteur trouvera la première partie de l'histoire du malade dont il est question, tome XIX, page 315. Ce fait extrêmement remarquable a déjà permis d'étudier pour ainsi dire à nu dans la blennorrhagie, l'action du cubèbe et du copahu sur l'urètre, au moyen de la division accidentelle et complète de ce canal que portait depuis dix-neuf ans le cordonnier Jean Marie, et qui avait été occasionnée par la constriction portée sur la verge par un fil fortement serré. Nous avons dit que ce sujet, guéri de la blennorrhagie, s'était refusé à l'opération que lui avait proposée M. Ricord, pour la guérison de sa fistule, et qu'il était sorti de l'hôpital. Eh bien, il s'est ravisé; il est venu plus tard réclamer l'opération à laquelle il n'avait pas voulu se soumettre; il a aujourd'hui à s'en féliciter, car sa guérison est radicale. Cette opération est des plus remarquables; nous devons la décrire avec quelques détails.

M. Ricord considérant les difficultés excessives que présente la guérison des fistules urinaires et plus particulièrement les fistules de la région mobile de l'urètre, où aux conditions de mobilité et de changements si fréquents de forme et de volume se joignent d'autres conditions de structure si défavorables; effrayé plus encore de l'action délétère, de l'urine qui devait presque nécessairement venir baigner sa construction autoplastique, s'il n'en détournait préalablement le cours, prit dès lors la résolution de créer de toute pièce ce que la maladie avait si heureusement ébauché pour M. Ségalas.

M. Dieffenbach reconnaissant l'insuffisance des moyens ordinaires

pour guérir les fistules urinaires, avait bien exprimé l'idée qu'on pourrait peut-être pratiquer une ouverture artificielle près de la vessie, pour détourner momentanément l'urine. Mais il n'osa pas définitivement recourir à ce moyen dans la crainte de voir l'ouverture artificielle persister elle-même et augmenter ainsi sans bénéfice la maladie.

On n'aurait pas été plus hardi que Dieffenbach, si M. Ségalas n'avait pas rencontré ce malade, qui, outre une large perte de substance de la région spongieuse, présentait encore d'autres trajets fistuleux à la région périnéale; par l'un d'eux M. Ségalas introduisit, non sans de grandes difficultés, une sonde jusque dans la vessie, détourna ainsi l'urine, et obtint après plusieurs opérations la guérison de la portion membraneuse de l'urètre. La guérison du malade fut complète au bout de quinze mois de traitement. Il n'y avait plus alors aucun trajet fistuleux, et l'émission de l'urine était facile. Ce succès était encourageant. Le malade qui fait l'objet de cette observation, avait en avant des bourses une division complète de l'urètre qui permettait un écartement de deux centimètres et demi environ. Le 3 novembre, M. Ricord, en présence de M. Ségalas et de plusieurs autres médecins, pratiqua l'opération de la manière suivante :

Le malade fut placé sur le bord d'un lit élevé comme pour l'opération de la taille. Un cathéter à large cannelure ayant été introduit dans la vessie par l'ouverture de la moitié postérieure du canal, une incision fut faite au périnée dans la direction du raphé, d'une étendue d'environ deux centimètres, et dont l'extrémité antérieure commençait immédiatement en arrière de la région du bulbe. Le malade était gras et fortement musclé. Il fallut aller chercher la région membraneuse à une grande profondeur ; elle fut divisée dans l'étendue d'un centimètre environ, après quoi on essaya d'introduire une sonde de gomme élastique, en suivant la cannelure du cathéter ; mais on fut obligé d'y renoncer. Une sonde métallique de femme fut introduite dans la vessie avec la plus grande facilité. Aussitôt après l'avoir fixée, M. Ricord fit l'opération du phimosis par le procédé ordinaire, qui consiste dans la section simple de la partie supérieure du prépuce dans toute sa longueur. Par ce moyen, le fourreau devenu plus mobile, devait rendre plus facile l'affrontement des bords de la fistule après l'avivement. Les bords de la fistule furent ensuite avivés de manière à détruire au voisinage les adhérences, mais sans attaquer la totalité de la bride circulaire dont il a été parlé dans la première partie de l'observation, parce qu'elle n'était pas de nature à gêner l'ampliation des corps caverneux. M. Ricord attendit, pour réunir, qu'il ne s'écoulât plus de sang, il s'assure avec grand soin que la plaie n'était point le siége de petites

ecchymoses qu'il regarde comme s'opposant à la réunion immédiate.

Une bougie fut introduite par le méat urinaire et dirigée à rencontre de la sonde périnéale. Les lèvres de la plaie furent alors amenées en contact, de manière à obtenir une réunion linaire transversale et à faire ainsi disparaître l'écartement en forme de losange que présentait la plaie. La réunion se fit ensuite à l'aide de deux points de suture entortillée et de deux points de suture entrecoupée, placés alternativement.

L'opération terminée, le malade fut couché sur le dos, les membres pelviens un peu fléchis et soutenus par des oreillers placés sous les jarrets. Application de compresses imbibées d'eau froide ; pilules opiacées camphrées ; diète, boissons délayantes ; le soir, la réaction fébrile était vive, on fit une saignée du bras. Le lendemain, l'urine avait bien coulé par la sonde du périnée ; la plaie est baignée par de l'urine, les bords sont gonflés ; le troisième jour, les sutures se détachent ; pas de réunion, l'urine s'échappe par l'ouverture fistuleuse comme avant l'opération. Les bords de la fistule conservent néanmoins une direction transversale et une épaisseur qui font espérer de rendre plus heureuses de nouvelles tentatives de réunion.

Il ne s'écoulait que fort peu d'urine par la sonde du périnée, et le sixième jour elle fut remplacée par une sonde de gomme d'un calibre plus fort ; la sonde d'argent était complétement bouchée.

Le 15, un engorgement considérable se forme dans l'épaisseur des bourses ; le 17, on peut faire refluer par la fistule du pus et de l'nrine, en comprimant les bourses d'avant en arrière ; une ouverture est pratiquée vers la partie moyenne gauche du scrotum dans le point correspondant à l'abcès urineux. Cataplasmes, diète, etc. Tous les jours des injections vésicales dans le but de nettoyer la sonde, furent pratiquées avec de l'eau tiède par la sonde périnéale. L'urine continuait à couler par la fistule, par l'ouverture de l'abcès et par la sonde périnéale. M. Ricord, voulant alors imiter complétemeut M. Ségalas, plaça dans le canal une bougie qu'il fit sortir par l'ouverture périnéale à côté de la sonde. L'urine, le lendemaiu, avait coulé plus abondamment par la fistule ; le malade enleva, de lui-même, la bougie qui lui causait des douleurs intolérables ; il survint ensuite au malade une double épididymite qui n'offrit rien de particulier.

La suppuration des bourses était complétement tarie, et l'ouverture fermée ; les bords de la fistule se trouvaient dans de bonnes conditions d'épaisseur. On continua à bien établir le cours de l'urine par le périnée au moyen de sondes de plus en plus grosses ; l'écoulement blennorrhoïde du canal, qu'avait déterminé la bougie, avait disparu, l'urine

s'écoulait très-bien par le périnée, et n'arrivait que très-rarement jusqu'à la fistule.

Le 19 janvier, une nouvelle réunion fut pratiquée au moyen de la suture entortillée, celle-ci permettant mieux l'affrontement des surfaces; les sutures entrecoupées avaient mal réussi dans la première tentative de réunion : la bougie placée dans le canal fut poussée beaucoup moins loin que la première fois, dans la crainte qu'elle ne servît encore de conducteur à l'urine. Le 22 janvier, trois jours après l'opération, les deux épingles externes sont enlevées, les deux moyennes sont laissées en place, la réunion paraît complète, pas de suppuration ; l'urine n'est pas arrivée. Le 24, les deux dernières épingles sont enlevées, mais on remarque une petite ouverture à l'angle droit de la réunion, il en sortait un peu de pus et d'urine. La sonde du périnée fonctionnait très-bien ; on toucha cette petite ouverture à plusieurs reprises avec le nitrate d'argent, et le 1er février elle était cicatrisée; une autre très-minime se manifesta à l'angle gauche, celle-ci persista longtemps sous forme d'un pertuis capillaire (elle est aujourd'hui complétement fermée). Le 12 février, trois mois et quelques jours après la première opération, la sonde du périnée fut enlevée et une petite sonde introduite dans la vessie par l'urètre, ce qui ne fut pas très-facile. L'urine cessa de passer par la plaie du périnée, qui marcha rapidement vers la cicatrisation, qui fut obtenue complète le 2 mars 1841. Aujourd'hui le malade est parfaitement guéri ; la verge a repris sa forme et son intégrité ; les érections sont faciles et régulières ; l'émission de l'urine se fait d'une manière normale.

Ce fait dans son ensemble est de la plus haute importance, et comme application chirurgicale, et comme fournissant des données incontestables touchant le mode d'action des préparations balsamiques.

Le principe nouveau introduit par M. Ricord consiste, comme on le voit, à établir artificiellement une fistule périnéale pour guérir une fistule de la portion pénienne de l'urètre.

Molimen hémorragique par les mamelons. Cancer consécutif. — Poussat, âgé de trente-neuf ans, eut des épistaxis très-fréquents jusqu'à l'âge de trente-deux ans, époque où ils cessèrent : mais bientôt notre malade vit suinter par le mamelon du sein gauche quarante à cinquante gouttes d'un sang noir. Ce phénomène, qui se renouvelait chaque jour, obligea le malade à garnir son sein d'une serviette.

Cet écoulement sanguin subsistait depuis deux ans, quand l'application de compresses d'eau blanche le fit disparaître.

Six semaines plus tard existait une tumeur dans le sein gauche, du volume d'une noisette ; cette tumeur prit la nature cancéreuse et en qua-

tre ans elle acquit la grosseur d'un œuf de poule. Le développement du mal ne s'arrêta pas là, car, à l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu, la tumeur avait la grosseur d'une tête de fœtus à terme. L'ablation a été opéré par M. Roux, et le sujet a très-bien guéri.

Nous rapportons ce cas de cancer parce qu'il offre un point de vue étiologique on ne peut plus curieux. L'anatomie pathologique, en montrant la vascularisation insolite de tous les tissus environnant la tumeur et la nature fongueuse de celle-ci, que sillonnaient des vaisseaux considérables, a permis d'expliquer très-physiologiquement l'hémorragie mammaire, et la transformation consécutive du tissu primitif de la glande du sein, sous l'influence d'un excès de mouvement nutritif, suscité et entretenu par une congestion sanguine habituelle. Nous n'insisterons pas sur tout ce qu'il y a d'irrationnel dans le traitement astringent opposé au flux hémorragique du mamelon; il mérite trop clairement l'improbation de tout esprit pratique.

Expériences sur l'action des renoncules sur l'homme. — Un médecin italien, M. le docteur Polli, a fait des expériences fort curieuses sur l'action des renoncules sur l'homme. Ce praticien employait depuis longtemps et empiriquement la tige pilée des renoncules *acris* et *bulbosus* en application sur la peau, contre les douleurs chroniques des membres, qui ont résisté à tous les remèdes, quand un fait singulier l'engagea à étudier d'une manière toute particulière les propriétés de diverses variétés de renoncules et de leurs différentes préparations appliquées à l'extérieur du corps. Les expériences n'ont porté que sur les renoncules *acris*, *bulbosus*, *sceleratus* et *flammula*. La plus active de ces espèces est la variété *sceleratus*, puis viennent, par ordre d'activité, l'*acris*, le *bulbosus*, et la *flammula*. Le principe actif ne se trouve point toujours dans les mêmes parties de la plante. Dans les deux premières variétés, *sceleratus et acris*, la tige et la feuille sont plus actives: ce sont la racine et la tige dans la renoncule *bulbosus* et la fleur dans la variété *flammula*. De novembre à mars, leur activité est complétement éteinte. Quand les plantes croissent dans un lieu ombragé et humide, elles l'emportent de beaucoup en énergie sur celles qui viennent dans les lieux secs et découverts.

Pour mieux étudier l'action exercée sur la peau par les préparations de cette plante. M. Polli lui reconnaît quatre degrés. Le premier degré est une rubéfaction, accompagnée d'un prurit très-vif, et quelquefois voluptueux, qui ne se montre que douze, vingt-quatre, ou même quarante-huit heures après l'application; elle dure de trois à quatre jours sans autres phénomènes; le prurit cesse alors avec la rougeur et il se fait une légère desquamation.

Au second degré, il y a rougeur, sensation de chaleur locale, avec tuméfaction élastique de la peau et prurit intense. Ces phénomènes se montrent dix ou douze heures après l'application, et s'évanouissent cinq ou six jours après. Pendant ce temps, il se fait sur la peau irritée une éruption confluente de petites vésicules qui se dessèchent peu à peu sans se rompre; après, vient la desquamation.

Une rougeur très-vive, avec chaleur intense, tuméfaction du derme et formation d'une vésicule pleine de sérosité jaunâtre, six ou huit heures après l'application, caractérise le troisième degré. La vésicule est entourée de petites phlyctènes et d'un large cercle rouge. Un liquide séreux abondant s'écoule pendant trois ou quatre jours de la vésicule rompue, et alors apparaît le derme ou blanc ou rouge pâle. Le derme s'enflamme bientôt, prend une teinte pourpre et fournit quelques gouttes de sérosité mêlée de pus. Tous ces phénomènes s'accomplissent dans l'espace de quatorze à quinze jours. Souvent, au pourtour de la peau, qui en est le théâtre, on voit plusieurs petits furoncles très-douloureux.

Le quatrième degré est une véritable mortification superficielle, précédée de phlyctènes, et qui peut s'étendre profondément chez les individus faibles.

Parmi les préparations de cette plante, le suc exprimé et les extraits alcooliques ne jouissent d'aucune activité. L'huile de renoncule, obtenue par la macération pendant six jours dans l'huile d'olive, et chauffée ensuite jusqu'à 60°, produit une irritation du premier degré. La teinture alcoolique faite à froid est très-active et amène l'irritation du troisième degré. Les plus actives de ces préparations sont l'alcool distillé au bain marie sur la renoncule pilée, et surtout l'eau distillée de renoncules fraîches. Cette dernière a une forte odeur de renoncule et en même temps un peu aromatique. C'est elle qui peut produire la mortification superficielle.

Quoique M. Polli n'ait pu encore isoler le principe actif de la renoncule, il pense, d'après quelques expériences, et aussi d'après l'observation de ses effets, que ce principe est volatil; il ne lui a trouvé aucune propriété acide ou alcaline, et suivant lui ce ne serait pas une huile essentielle, mais plutôt un gaz d'une nature particulière, qu'il n'a pu cependant jamais obtenir en recueillant dans le vide les émanations de la plante ou de ses préparations.

L'irritation produite par ce médicament peut paraître purement locale à beaucoup de médecins. Ce n'est point là l'opinion de l'auteur italien; il voit dans les caractères spécifiques de l'irritation produite, une action toute individuelle du remède, et, suivant lui, au delà de l'irritation locale existe une action générale aussi toute particulière. Quoiqu'il n'ait jamais expérimenté le médicament à l'intérieur, il a observé sur

lui-même, après une application externe, des effets généraux, tels qu'une sensation d'étourdissement, une pesanteur de tête, comme en produisent les narcotiques à petites doses.

Les maladies contre lesquelles il conseille ce médicament sont la sciatique chronique, les affections stomacales connues sous le nom de gastralgie, de pyrosis, de dyspepsie, et enfin les irritations chroniques du larynx et de la trachée accompagnées d'aphonie et de toux. C'est surtout contre les sciatiques chroniques sans cause organique qu'il paraît en avoir fait un emploi particulier. « Dans trente cas environ de sciatiques chroniques que j'ai, dit-il, traitées par des applications extérieures de ce remède, je n'en ai pas vu un seul qui s'y soit montré rebelle ; dans quelques cas seulement, après la guérison des douleurs, le membre anciennement affecté est le siége durant la nuit d'une sensation de gêne, de frisson et d'une espèce de rigidité et de faiblesse. » Ce sont certainement de beaux résultats qu'on ne peut que souhaiter voir arriver dans les mains d'autres expérimentateurs. Quoi qu'il en soit, dans les sciatiques, c'est sur le talon que doit être faite l'application de la teinture ou de l'eau distillée de renoncule. Les parties voisines sur lesquelles l'action de la teinture serait trop énergique, vu la ténuité de leur épiderme, doivent être garanties avec des bandelettes de diachylum. Le plus souvent au bout de quatorze ou quinze jours, avec la disparition des phénomènes de l'irritation, disparaissent les douleurs sciatiques ; il peut cependant arriver que la douleur persiste soit au genou, soit à la cuisse, et dans ces cas on fait une nouvelle application vers les dernières vertèbres lombaires.

Voici les conclusions du travail de M. Polli :

1° Que les quatre variétés de renoncules dont il a été question doivent leur activité à un principe âcre éminemment volatil.

2° Que ce principe actif peut être obtenu par la macération de la plante fraîche dans l'huile, le vinaigre, l'alcool ; que le meilleur moyen de l'obtenir est de distiller le suc de la plante.

3° Que l'application de ce remède sur la peau détermine, suivant son énergie, des effets variés depuis la simple rougeur, jusqu'à la mortification ; que l'irritation qu'elle produit est plus intense, accompagnée d'un écoulement plus abondant de sérosité que par tous les autres épispastiques ; qu'elle est moins douloureuse et exempte des inconvénients des préparations des cantharides.

4° Que le mode particulier d'irritation de ce remède convient dans des conditions prthologiques spéciales.

5° Qu'il est démontré qu'il possède une action efficace contre les névralgies des membres, les irritations chroniques des muqueuses bronchiques, pulmonaires et gastrique.

Nouveau moyen d'empêcher l'introduction de l'air dans la poitrine, dans l'opération de l'empyème. — M. le docteur Lagarde propose un nouveau moyen de s'opposer à l'introduction de l'air dans la poitrine dans l'opération de l'empyème. Dans ce procédé qu'il a employé avec succès, un tube membraneux, long de cinq ou six centimètres, formé d'une portion d'intestin d'oie, est appliqué par une de ses extrémités, sur le lieu d'élection, au moyen d'une sorte de virole en diachylon gommé, et communique, par l'extrémité, avec une vessie de cochon, dont le fond donne passage à un trois-quart. L'ouverture faite, dans ce but, à la vessie, est ensuite fermée par une ligature. Les choses étant ainsi disposées, et la vessie repliée le long du trois-quart, on dirige celui-ci à travers le tube membraneux solidement maintenu avec la main gauche; on pratique la ponction comme de coutume, et l'on retire la canule. Le pus coule dans la vessie qu'il déplisse peu à peu. Quand il a cessé de couler, on retire la canule; on applique une ligature sur le tube membraneux; on le coupe au-dessus de ce point, et en écrasant la petite virole en diachylon gommé sur la plaie, l'opération se trouve ainsi terminée. Ce moyen peut s'étendre avec quelques modifications à tous les cas où il s'agit d'extraire un liquide d'une des grandes cavités.

Combustion spontanée du corps humain. — M. le docteur Jacobs, d'Eupen, a fait un résumé curieux des cas de combustion spontané chez l'homme.

Des vingt-huit observations qu'il a recueillies dans les auteurs, et qu'il a analysées, il résulte : 1° Que la combustion spontanée n'a eu lieu que sur des hommes vivants, jamais sur des morts ni sur des animaux. 2° Que le plus grand nombre des personnes étaient très-âgées; les deux plus jeunes avaient cinquante ans, et une autre de vingt-neuf ans. 3° Que les femmes sont le plus sujettes à cet accident; on ne l'a encore rencontré que sur deux hommes. 4° Que la combustion spontanée était une fois précédée de jaunisse, une autre fois d'un ulcère de mauvaise nature à la tête. 5° Que toutes les personnes étaient seules au moment de l'accident. 6° Qu'elles menaient une vie oisive. 7° Que toutes étaient très-grasses, sauf trois femmes très-maigres et très-sèches. 8° Que le plus grand nombre de personnes mortes de combustion spontanée étaient adonnées à la boisson; pourtant pas toutes. 9° Que le plus souvent il existait, dans le voisinage où l'accident a eu lieu, une lumière, des charbons ardents, un corps quelconque en ignition. Il est vrai de dire que, dans plusieurs observations, cette circonstance n'est pas indiquée. 10° Que la combustion spontanée marche le plus souvent avec beaucoup de rapidité; ordinairement elle a eu lieu dans sept, trois, deux, et même une heure. 11° Que la flamme, difficile à éteindre par l'eau, était très-mobile et ne détruisait que les objets placés tout près ou en contact immédiat avec le corps en combustion. 12° Que la chambre où la combustion spontanée a eu lieu était ordinairement remplie d'une épaisse fumée, et les murailles couvertes d'une substance noire charbonneuse; le plancher, les cendres et les os, enduits de graisse et d'une humidité fétide. 13° Que le tronc était le plus souvent détruit complétement; il restait ordinairement quelques parties de la tête et des extrémités.

14° Que la combustion spontanée a eu lieu, sauf deux cas, pendant une température froide, en hiver, et dans des régions du nord.

VARIÉTÉS.

Sur le concours transporté à Paris pour les chaires des facultés de Strasbourg et de Montpellier. — Un fait, qui a son importance et sa gravité, se passe à la faculté de médecine de Paris. Un concours pour une chaire de clinique et pour une chaire de pathologie chirurgicales, vacantes à la faculté de Strasbourg, se dispute en ce moment devant des juges pris dans la faculté de Paris, renforcés de quatre membres de l'Académie de médecine. Comment cette innovation a-t-elle eu lieu? pourquoi le pouvoir a-t-il dérogé aux conditions et aux usages? Plusieurs causes ont amené ce résultat : la principale provient de l'opposition que la faculté de Strasbourg avait manifestée contre la candidature d'un chirurgien militaire connu par des travaux estimables, et dont la position de professeur à l'école d'instruction de Strasbourg a paru à la faculté incompatible avec une chaire, ou du moins nuisible à l'enseignement; mais il paraît aussi que d'autres vues ont dirigé le ministre, et que, frappé des résultats que quelques concours avaient eus à Strasbourg, où il est arrivé qu'un seul compétiteur se soit présenté, et que le concours se soit trois fois terminé sans nomination possible, il paraît, disons-nous, qu'en transportant la lutte à Paris, le ministre a espéré qu'un plus grand nombre de concurrents se présenteraient, et qu'il y aurait ainsi plus de chances pour de bonnes nominations. En général, c'était aussi l'opinion commune, et, dès que la liste des concurrents fut rendue publique, on vit en effet des noms plus nombreux et pour la plupart en grande estime dans le monde médical.

Malheureusement la moitié des candidats inscrits a fait défaut; et, comme probablement tous les compétiteurs actuels, qui ne viennent pas de l'Alsace, auraient fait le voyage de Strasbourg, on n'a rien gagné à transférer le concours devant la faculté de Paris, et l'expérience, si c'est une expérience qu'on a voulu faire, a complétement manqué.

Mais cette question demande à être envisagée sous d'autres points de vue, parce qu'elle présente plusieurs autres aspects. A la nouvelle du transfert de ce concours à Paris, quelques esprits promptement enthousiastes, et ne trouvant volontiers qu'à Paris esprit, instruction, justice et libéralité, n'ont pas manqué de voir dans cette circonstance fortuite et accidentelle une préméditation du pouvoir pour rendre cette mesure stable et désormais acquise à la faculté de médecine de Paris. Les raisons, pour qu'il en soit ainsi, ne leur manquaient pas; voici les principales. Il est impossible, disaient-ils, dans les facultés de province, de se soustraire, soit aux influences des opinions médicales qui y règnent, soit aux influences de localité, d'affection, de parenté. Strasbourg et Montpellier ont leurs doctrines et leurs traditions médicales, qui jamais ne feront alliance avec les doctrines de l'école de Paris. Les élèves qu'elles ont formés seront toujours pour elles l'objet de leurs prédilections, et ce ne sera qu'à leur corps défendant qu'elles laisseront s'introduire dans leur sein quelque représentant des idées parisiennes. Cependant, et pour Strasbourg notamment, des exemples récents ont

appris ce qu'il fallait attendre des candidatures locales, qui n'ont brillé ni par le nombre ni par l'éclat du talent. A Paris, au contraire, les capacités sont tellement surabondantes que vingt concurrents de mérite se présentent à chaque concours. Les chaires de la faculté de Paris ne peuvent pas suffire à toutes ces ambitions légitimes, qui ne demanderont pas mieux qu'à être déversées sur les écoles provinciales; mais, pour qu'elles y aient un libre accès, il faut paralyser les influences de doctrine et de localité, en investissant la faculté de Paris du droit de recruter le personnel enseignant des facultés de province. Alors ces facultés reprendront de l'éclat et de la vie, alors quelques-uns de ces hommes de mérite qui s'allanguissent à Paris dans une perspective douteuse et lointaine, trouveront un aliment à leur activité, un but pour leurs efforts, un prix pour leurs labeurs.

Tout cela s'arrange à merveille dans la tête de quelques organisateurs. Examinons de près, cependant, la valeur de ces assertions.

Dans une question de cette nature il importe, ce nous semble, de faire une distinction et de séparer ce qui concerne la faculté de Strasbourg de ce qui regarde la faculté de Montpellier. Il n'y a, en effet, nulle similitude à établir entre elles; elles sont autant distantes l'une de l'autre que l'une ou l'autre peut l'être de l'école de Paris; de sorte que si, de ce qui se passe à Strasbourg on concluait pour Montpellier, on tomberait dans l'erreur, dans l'injuste, dans l'impossible. Ainsi, quoiqu'il nous semble fort difficile pour notre compte, de pouvoir caractériser les tendances scientifiques et les doctrines de l'école alsacienne, si ce qu'on dit est vrai, c'est-à-dire, si les influences locales sont à ce point énergiques que les sympathies et les préférences ne sont acquises qu'aux représentants des opinions de la mystique et polypharmaque Germanie, sans doute devrait-on approuver et encourager toute tentative dont le but serait de changer un tel état de choses. Mais, pour Montpellier, certes il n'en saurait être ainsi. L'enseignement, les doctrines, les traditions et la philosophie de cette école sont éminemment caractéristiques et à l'abri de toute atteinte que les concours, soit locaux, soit exogènes, pourraient vouloir leur porter. Nous n'hésiterons même pas à dire que ce serait un grand malheur qu'on cherchât à éteindre dans son foyer la plus pure et la plus éclatante lumière de la science dogmatique, à tarir dans sa source le fleuve qui a fécondé les champs de la philosophie médicale. Si tel devait être le résultat de la suprématie parisienne en fait de concours, nous arborerions les premiers le drapeau de l'opposition, car nous avons à cœur toutes nos gloires nationales, et Montpellier en a fourni son large contingent. Nous sommes de ceux, d'ailleurs, qui croient à la perennité des principes philosophiques de cette école, et qui les voient, dans un avenir prochain, refleurir avec plus de force et de majesté, soutenus qu'ils seront par les progrès *dans les détails* sortis de l'école de Paris; et puisque ces mots *École de Paris* se trouvent sous notre plume, qu'il nous soit permis enfin de demander leur signification. Qu'entend-on, que peut-on entendre par école de Paris? Est-ce la partie dogmatique de son enseignement? Mais dans quels livres, dans quelles chaires, dans quel hôpital ce dogme se trouve-t-il formulé ou professé? Nous n'apercevons partout, autour de nous, qu'un mélange confus d'opinions sur quelques

points plus ou moins circonscrits de la pratique de l'art, mais nulle part un enseignement large et homogène auquel on puisse sérieusement donner le nom d'école. La faculté de Paris se compose d'individualités complétement hétérogènes les unes aux autres, agissant dans des sphères d'actions complétement étrangères les unes aux autres, quand elles ne sont pas radicalement opposées. — Mais, dans ces quelques lignes, il nous est impossiblc de donner aucun développement à ces idées, ct nous ne vonlons pas poser brusquement et sans préparation cette proposition mal sonnante : Il n'y a pas en ce moment d'école de Paris.

Il ne faut donc pas s'exagérer l'importauce et la valeur d'une mesurc qui aurait pour but de transférer à Paris tous les concours pour les chaires de province. D'abord, on le voit par le concours actuel où deux chaires sont disputées par cinq concurrents, dont quatre seulement appartiennent à l'école de Paris, il sera toujours fort difficile, si ce n'est impossible, d'arracher aux séductions de la capitale cette foule de jeunes talents qni supportent courageusement toutes les déceptions du présent dans l'espérance d'nn avenir de gloire sur ce théâtre retentissant. Ensuite, et c'est avec plaisir que nous émettons cette pensée, nous n'avons aucnn snjet de croire que les portes des facultés de province soient fermées avec obstination aux talents bien reconnus de quelque école qu'ils viennent. A Strasbourg, M. Begin, et plus récemment M Forget, n'ont-ils pas importé dans l'école alsacienne une direction d'étude tonte différente de celle qui était généralement snivie? Quant à Montpellier, nous le confessons. la plus grande partie de la génération médicale actuelle de l'école de Paris se trouverait encore dépaysée et mal à l'aise, mais à qui la faute? à elle-même, ou plutôt à ses maîtres, qui n'ont pas compris que l'étude philosophique de la médecine devait marcher parallèlement à l'étude pratique, et qui ont énervé tant de belles intelligences dans nn terre-à-terre déplorable dont le résultat est doute et scepticisme.

Pour nous résnmer, nous ne voyons ni opportunité, ni nrgence, ni convenance à investir à toujours la facnlté de Paris du droit de juger les concours pour les chaires provinciales.

— Un concours est ouvert pour la nomination à une place de médecin an bureau central d'admission des hôpitanx. Les épreuves commenceront le 11 juin prochain dans l'amphithéâtre de l'administration des hôpitaux.

— Le 16 août prochain, un concours sera ouvert devant la faculté dc médecinc de Paris, pour la place de chef des travaux anatomiques, vacante dans cette faculté par la nomination de M. Blandin à la chaire de pathologie chirurgicale.

— M. Malgaigne, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, vient d'être nommé chevalier de la légion d'honneur.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE QUELQUES PHÉNOMÈNES CÉRÉBRAUX GRAVES, QUI PARAISSENT LIÉS A CERTAINES VARIÉTÉS DE DYSPEPSIE, ET QUE DES ÉMÉTIQUES SEULS COMBATTENT EFFICACEMENT.

Il y a entre le ventricule gastrique et le cerveau, une étroite sympathie, une solidarité de vie, que démontre surabondamment l'observation de tous les jours. Depuis l'âge de la première enfance, où la présence de quelques saburres, de sucs gastriques mal élaborés à la surface de la muqueuse intestinale, suffit pour développer les accidents cérébraux les plus tranchés, jusqu'à la vieillesse, où il est si fréquent de voir survenir les symptômes apoplectiformes les plus graves, par le fait seul d'une digestion empêchée, on pourrait parcourir successivement les différents âges de la vie, et là partout les faits se presseraient pour démontrer le lien physiologique qui unit si étroitement l'estomac au centre nerveux cérébral. Dans les idées, que la nouvelle école physiologique a dans ces derniers temps le plus fortement accréditées parmi nous, on admit, on fut bien forcé d'admettre cette puissante, cette intime sympathie, qu'établissent les faits à la fois les plus nombreux et les plus incontestables. Mais comme, dans l'ordre de ces idées, la vie morbide comme la vie normale ne sont rien de plus que des accidents variés d'une action vitale, ou d'un état unique, l'irritabilité, ce lien, ce rapport de vie entre le système nerveux et le ventricule gastrique, furent mal conçus, mal interprétés; et si de ce point de vue exclusif un certain nombre de faits furent bien saisis, il y en eut, en revanche, un beaucoup plus grand nombre qui échappèrent à l'observation, furent laissés dans l'ombre et se trouvèrent ainsi perdus pour la science. Aujourd'hui encore, bien que beaucoup de médecins conçoivent la maladie, dans un grand nombre de cas, comme toute autre chose, qu'une simple modification de l'irritabilité de tissu, et que partant ils saisissent mieux, qu'on ne l'a fait pendant longtemps, les divers états morbides, dont nous entendons parler ici, la question thérapeutique, qui regarde ces affections à physionomies si variées, est bien loin d'être résolue. Cette incertitude, cette hésitation qui règnent encore à l'heure qu'il est dans un grand nombre d'esprits, tient sans doute aux difficultés réelles, qui entourent l'objet même de cette intéressante question, mais elle tient aussi, nous le croyons, à l'inhabilité

de la plupart d'entre nous, à manier les agents émétiques. Ici, en effet, comme partout, il ne suffit pas de saisir nettement une indication thérapeutique, pour être à même de la remplir, il y a dans l'usage de ces moyens puissants, un *modus faciendi*, qu'il est fort important de connaître. Si l'on veut s'édifier sur ce point, qu'on étudie dans cette pensée les ouvrages des hommes qui ont appliqué de la manière la plus large et la plus féconde cette puissante médication ; ainsi Pringle, Stoll, Tissot, Hufeland surtout, qui a tracé, à cet égard, d'admirables préceptes ; quelques-uns en voyant les soins minutieux avec lesquels ces habiles praticiens s'appliquent à signaler les indications, à faire saillir les contre-indications, à mesurer les doses, à les graduer, à varier les agents employés, à seconder leur action sur le ventricule gastrique, à la préparer, à la neutraliser, lorsqu'elle dépasse les bornes d'une sage perturbation ; en voyant cette préoccupation de détails en apparence si minutieux, quelques-uns pourront penser que tout ceci n'est point de la science, et ils auront raison ; ce n'est peut-être point de la science, mais c'est de l'*art*, c'est-à-dire ce par quoi seulement la médecine signifie quelque chose. Quoi qu'il en soit, il existe des états morbides complexes, dans lesquels s'observent à la fois des phénomènes tranchés et du côté du ventricule gastrique, et du côté de la masse encéphalique, et dans lesquels la médication émétique convenablement, et opportunément appliquée, conduit immédiatement à des résultats thérapeutiques, qu'on tâcherait vainement d'obtenir par l'emploi de tout autre mode de traitement. Ce qui caractérise surtout le mode d'agir thérapeutique de cette médication en pareille circonstance, c'est la promptitude avec laquelle le résultat curatif est obtenu ; bien que nous aussi nous placions le *tutò* d'Asclépiade avant son *citò*, nous croyons pourtant que cette seconde condition du problème thérapeutique, n'est point complétement à négliger. Ce caractère, d'un des modes de la médication évacuante, a donc pour nous son importance, et sans aucun doute il suffirait pour nous faire préférer cette médication, à toute autre qu'elle, toutes choses étant égales d'ailleurs. Mais nous ne pousserons pas plus loin ces considérations générales, et nous nous hâterons d'en venir à l'exposition de quelques faits, qui montreront, mieux que tout ce que nous pourrions dire, l'influence puissante de la médication émétique dans les affections complexes, dont il s'agit. Voici un premier fait tiré de la pratique particulière de M. le professeur Fouquier, et qui offre plus d'un genre d'intérêt.

Madame la duchesse de L..., âgée de trente-huit ans, née d'un père qui, pendant de longues années de sa vie, a souffert d'une maladie du foie, aux progrès de laquelle il a fini par succomber, jouit d'une bonne

santé habituelle; le seul phénomène que présente quelquefois cette dame du côté du système nerveux, c'est un état d'affaissement, qui contraste avec la vivacité ordinaire de la conception et l'entrain de l'esprit. Cet état d'affaissement nous a paru le plus souvent coïncider avec quelque empêchement de la digestion. Lorsque ces symptômes existent d'une manière un peu prononcée, le pouls a de la fréquence, et en même temps il est faible, en même temps aussi la face est rouge, injectée. Le plus ordinairement cet état de choses dure quelques heures, puis disparaît sans laisser de trace. Au commencement de l'hiver dernier, madame la duchesse de L..., après avoir dîné comme de coutume, et avec un bon appétit, s'aperçoit tout à coup qu'une sorte de voile lui dérobe en grande partie les objets, plus tard la cécité devient presque complète; si la malade ouvre un livre, elle n'aperçoit aucun caractère, le papier lui paraît tout blanc. M. Fouquier appelé immédiatement auprès de madame de L..., n'ose point troubler le travail de la digestion par une médication un peu active, il se borne à l'expectation. Le lendemain matin la cécité persistait, quelques vomissements et plusieurs garde-robes sont provoqués, et sur-le-champ une amélioration marquée s'observe dans l'état de la vision, le soir du même jour la vue est complétement recouvrée; la malade est seulement condamnée au repos dans une chambre dont le jour est ménagé, il lui est recommandé de s'abstenir de toute occupation qui exigerait l'application des yeux, et depuis lors aucun accident, qui eût quelque rapport avec ce que nous venons d'exposer, n'a eu lieu.

Bien des auteurs ont fait des observations analogues à celle qui précède, mais dans notre préoccupation des idées modernes, nous avons a peu près perdu de vue ces faits si intéressants sous le rapport pratique, et sous bien d'autres rapports encore peut être, pour qui voudrait creuser les nombreuses questions, qui se posent comme d'elles-mêmes en face de semblables faits. Cependant tous les faits de cette nature n'ont point complétement échappé à l'attention des observateurs un peu indépendants : c'est ainsi que M. le docteur Barras a vu et a cité dans son livre [1] plusieurs cas, qui rappèlent tout à fait celui que nous venons de rapporter. Un malade, auquel il donnait ses conseils, perdait la vue immédiatement après l'injection des aliments dans l'estomac, et la recouvrait quand la digestion était achevée. Quoiqu'il eût bon appétit, cet homme n'osait pas manger, dans la crainte de rester aveugle. Un autre perdait la vue de l'œil gauche par intervalle seulement, tandis que celle de l'œil droit restait intacte. M. Barras regar-

1 *Traité sur les gastralgies et les entéralgies*, tome II, page 222

dait, il est vrai, les malades dont il s'agit comme étant atteints de gastralgie, et les troubles de la vision que ceux-ci présentaient sont rattachés par lui au dérangement d'innervation locale, qui constitue la gastralgie. Nous ne voudrions certainement point dire que cet auteur trop préoccupé lui aussi du point de vue où il s'est placé, a vu plus d'une fois des gastralgies là où il y avait un tout autre état morbide, et surtout que dans les cas particuliers que nous rappelions tout à l'heure, il ait commis une semblable erreur; mais ce dont nous sommes bien sûr, c'est que les gastralgies diminueront, comme l'ont déjà fait les gastrites, quand nous aurons réappris l'histoire des dyspepsies avec toute la variété des formes qu'elles peuvent affecter, quand nous saurons apprécier mieux que nous ne le faisons encore, l'influence qu'exerce sur tout le système, sur l'ensemble des fonctions la présence de saburres dans le ventricule gastrique. Le fait suivant va nous montrer un autre mode de manifestation symptomatique de la diacrèse gastro-hépatique, et ici encore nous verrons la cessation d'accidents multiples, ordinairement mal interprétés, obtenus immédiatement par la médication émétique.

Une enfant de douze à treize ans, non encore menstruée, est atteinte depuis quelques jours d'une diarrhée légère, à laquelle s'ajoutent successivement les symptômes suivants : Tension du ventre, qui résonne fortement à la percussion, léger gazouillement dans les deux flancs, anorexie complète, appétence des boissons froides et acidulées, nausées, langue large, recouverte d'un enduit épais de mucosités jaunâtres, sentiment d'amertume et d'empâtement dans la bouche : région épigastrique douloureuse, la pression augmente notablement cette douleur; céphalalgie violente, insomnie, rêvasseries, bourdonnements d'oreilles, étourdissements, courbature, faiblesse très-grande qui empêche la petite malade de se lever; facies pâle, menace de syncope si elle essaie de vaincre cette difficulté; peau chaude d'une chaleur âcre au toucher, pouls à cent dix pulsations, légèrement dicrote; point d'épistaxis, point de taches lenticulaires. — Il y a vingt ans, il y avait fort peu de médecins en France, qui, dans l'ensemble de ces symptômes, n'eussent vu l'expression tranchée d'une gastro-entérite, et qui ne l'eussent combattue par la médication antiphlogistique la plus énergique : aujourd'hui pour beaucoup d'observateurs, qui ne vont point au-delà des lésions organiques pour l'interprétation des phénomènes morbides, cet ensemble symptomatique se lie à l'inflammation pure et simple ou à une phlegmasie *sui generis* des follicules intestinaux, et une méthode de traitement est instituée en conséquence de cette interprétation de la forme symptomatique, que nous venons de tracer. Voici cependant ce

que nous avons observé dans le cas dont il s'agit présentement : nous avons fait prendre à notre petite malade 75 centigrammes d'ipécacuanha divisés en trois paquets ; des vomissements très-abondants ont suivi immédiatement l'administration de ce moyen, et se sont plusieurs fois répétés dans le courant de la matinée, et à des intervalles assez éloignés du moment où le vomitif avait été pris. Un sentiment de bien-être évident a suivi rapidement cette secousse énergique. Nous avons revu la malade le lendemain matin, elle avait reposé une bonne partie de la nuit ; tous les symptômes, excepté l'état de la langue, l'empâtement de la bouche, qui n'avaient point complétement cessé, avaient disparu : le pouls était tombé brusquement à quatre-vingt-six pulsations par minute. — Dès ce jour la petite fille se leva, se tint levée toute la journée, mangea et digéra bien. — Le surlendemain, santé parfaite. C'est certainement une chose bien remarquable qu'un état de dyspepsie caractérisé par les symptômes directs que nous avons indiqués, qui se traduit à l'observation par un ensemble de phénomènes en apparence si graves, et autorisant sans nul doute, au juger des idées modernes les plus accréditées, le pronostic le plus sérieux. Quel est le lien mystérieux qui, en pareil cas, associe toutes ou presque toutes les fonctions au centre épigastrique, qui fait conjurer tout l'organisme, toute la vie d'ensemble de l'économie, à une seule et unique fonction? Nulle théorie n'a dit encore le mot entier d'une telle énigme ; mais heureusement, en attendant cette solution qui intéresse surtout la science proprement dite, l'art, se laissant guider par l'expérience et suivant empiriquement ses enseignements, peut faire son œuvre et guérir. Comme on le conçoit bien, nous n'avons nullement la prétention d'épuiser un sujet qui, pour être traité avec tout le développement que son importance comporte, n'exigerait rien moins qu'un volume ; notre seul but ici est d'éveiller l'attention sur un ordre de faits, sur un ordre d'idées, qu'au grand dommage de la pratique les théories modernes ont complétement rejetés dans l'ombre. Nous n'avons qu'une intention ici, c'est de dire à ceux qui nous liront : Allez dans cette voie, vous y trouverez les éléments essentiels de la vraie pratique ; tant que la science ne sera point faite et que l'art n'en saura déduire ces procédés, comme des corollaires nécessaires, c'est aux faits, et aux faits seuls, qu'il faudra demander conseil pour agir. Dans un dernier cas que nous allons rapidement esquisser, on va voir un autre mode de réaction morbide développé sur le cerveau par un état dyspepsique de l'estomac, et qui cède également et avec une remarquable promptitude à la secousse émétique, après avoir résisté opiniâtrément à une autre médication qui nous paraissait tout d'abord très-rationnelle

M. Fierf… perd l'appétit sans cause appréciable pendant quelques jours, — puis bientôt la bouche devient pâteuse, la langue se charge, et un sentiment de pesanteur incommode éclate à la base de la poitrine ; en même temps des étourdissements violents, avec bourdonnements d'oreilles, surdité passagère à droite se développent ; ces étourdissements sont fréquents, mais non continus ; ils sont tels dans certains moments, que le malade est obligé, pour marcher et éviter une chute sans cette précaution inévitable, de se tenir aux corps qui l'environnent, comme un homme ivre. Notre attention est surtout frappée par les phénomènes cérébraux, qui nous paraissent annoncer une congestion encéphalique violente ; dans cette pensée, des bains de pieds fortement synapisés, plusieurs applications de sangsues au siége sont successivement prescrits ; ces moyens ne produisent aucun résultat. — 1 gramme 50 centigrammes d'ipécacuanha sont ordonnés, quelques nausées seulement ont lieu ; 75 centigrammes sont administrés de nouveau, il en résulte des vomissements abondants ; cessation brusque des accidents signalés, qui depuis lors n'ont point reparu. — Dans ce cas encore nous voyons éclater l'étroite sympathie qui lie le système nerveux au centre épigastrique. Quelle médication eût développé ici une efficacité aussi puissante que la méthode vomitive ? et combien d'états morbides, qui s'éternisent sous l'influence d'une thérapeutique exclusive et qui cèdent comme par enchantement à cette médication sagement employée ! Sans doute il est bien à désirer que les esprits reviennent des funestes préoccupations, qui nous ont fait rejeter pendant si longtemps une médication aussi puissante. Il faut appeler de nos vœux le moment où la la science ralliera ces faits autour de l'idée, de la loi qui les commande et les régit, mais en attendant, il faut préparer l'œuvre de la pratique. Si ces faits manquent de la sanction vigoureuse de la science, d'une explication nette et précise qui fasse prévoir ce que l'observation a été jusqu'ici seule apte à nous enseigner ; si cette sanction manque, disons-nous, nous avons celle de l'expérience, d'une expérience faite sur une base longue de vingt siècles ; cette sanction a pourtant bien aussi quelque valeur aux yeux de la raison. Rejetée de la pratique au nom d'idées théoriques, dont la valeur est chaque jour mieux appréciée, la méthode évacuante rentre aujourd'hui dans la science par toutes les voies, l'empirisme, l'expérimentation clinique rationnelle, les recherches chimiques, tous les travaux contemporains un peu sérieux tendent à réhabiliter cette puissante médication.

Max. Simon.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES SUR LES GASTRO-ENTÉRALGIES ET SUR LEUR TRAITEMENT.

Nous nous sommes déjà expliqué sur le compte du *Traité des gastro-entéralgies* de M. le docteur Barras ; nous avons dit tout ce que ce traité avait rendu de service à la science et à la pratique, en remettant en honneur des principes thérapeutiques méconnus ou oubliés. Il fallait du courage et une conviction bien arrêtée à l'époque où ce médecin publiait son livre, pour oser soutenir des idées qui ne tenaient à rien moins qu'à saper par la base les prétentions orgueilleuses de la médecine physiologique, en la mettant en présence d'une immense classe de maladies tout à fait en dehors de ses vues rétrécies. Les efforts honorables et incessants de l'auteur de ce livre ont eu la récompense qu'ils méritaient. Ils ont eu la gloire de contribuer à ruiner ces vues systématiques, et ce qui n'est pas moins digne d'envie, à cause de l'utilité des conséquences, de propager des idées et des pratiques contre lesquelles les idées et les pratiques inverses ne pourront jamais prévaloir. Nous avons remarqué que les efforts de M. le docteur Barras, dans le sens de la bonne thérapeutique, avaient été non-seulement soutenus et énergiques, mais qu'il n'avait pas cessé depuis la première publication de son livre, de la seconder par de nouveaux efforts. En effet, outre les suppléments qu'il a ajoutés à son livre, il vient de l'enrichir d'observations intéressantes, en le complétant à peu près par l'addition toute récente d'un second volume, non moins précieux que le premier. C'est aux travaux publiés en dernier lieu par ce médecin estimable que nous allons emprunter les matériaux de cet article, afin que les lecteurs du *Bulletin thérapeutique* soient au courant des progrès du traitement des gastro-entéralgies. Nous ne reviendrous pas avec détail sur les causes, les symptômes, les variétés et les phases de ces singulières maladies, il suffira de les rappeler en peu de mots ; mais nous insisterons davantage sur les résultats immédiatement applicables, ou sur les données thérapeutiques.

On sait qu'il n'y a rien de plus commun que les névroses de l'estomac et des intestins. Peu de personnes en sont exemptes, quoi qu'en puissent dire les systématiques qui les confondent tous les jours avec des maladies très-différentes. La multitude des causes dont elles dépendent en explique l'incroyable fréquence, puisqu'il n'y a peut-être pas un seul agent actif des fonctions nécessaires à la vie à qui on ne soit souvent en droit de les imputer. Au nombre des causes de ces maladies, M. le docteur Barras cite en particulier, dans le second volume, l'influence de certains états épidémiques, et du choléra en particulier.

Nous ne pouvons méconnaître, pour notre compte, la part qu'a eue cette dernière épidémie à la multiplication des gastro-entéralgies, ayant vu, comme sans doute la plupart de nos confrères, un grand nombre de sujets échappés aux atteintes de ces désastres, traîner longues années une vie languissante, grâce à des affections gastro-névroso-intestinales, en tout semblables aux gastro-entéralgies. Le traitement par lequel nous avons abordé les symptômes de ces prétendues gastrites ou gastro-entérites a justifié pleinement, suivant un vieil adage, la nature de ces maladies, car il n'a été heureux que lorsque nous avons eu le courage, en dépit de leur expérience phlogistique, de les attaquer résolument, soit par les narcotiques, soit par les toniques, soit, en un mot, par la méthode thérapeutique applicable aux gastro-entéralgies.

D'autres affections beaucoup plus communes, indépendamment de l'épidémie cholérique, heureusement très-rare, engendrent aussi des névroses gastro-intestinales : nous citerons entre autres les affections catarrhales. Presque tous les cas de catarrhes fébriles, et à plus forte raison les affections catarrhales épidémiques, s'accompagnent d'un état d'éréthisme nerveux que les systématiques de nos jours qualifient très-mal à propos de subinflammations, et proposent non moins improprement de traiter par les débilitants et les émissions sanguines, car l'irritation nerveuse susceptible de se promener en quelque sorte et de se fixer sur tous les organes, détermine, d'après le siége quelle occupe, tantôt des pleurésies ou des pneumonies terribles, très-bien décrites et traitées notamment par Huxham et Sarcone, tantôt des méningites ou des cérébrites plus redoutables encore, tantôt des douleurs vagues et violentes de rhumatisme, tantôt enfin, d'autres maladies locales. Eh bien! cette irritation, compagne inséparable des affections catarrhales, se place très-souvent dans l'estomac et les intestins, et y occasionne des gastralgies et des entéralgies; on ne doutera pas de l'excessive fréquence de cette dernière classe de maladies, si l'on réfléchit que les affections catarrhales sont les affections les plus communes de nos climats, au point qu'il n'existe peut-être pas une affection, soit aiguë, soit chronique, qui ne tienne plus ou moins de la nature du catarrhe, quand ce n'est pas même une affection catarrhale essentielle. Ainsi s'explique la grande quantité d'irritations de gastrites ou gastro-intestinales si mal désignées par Broussais sous le nom commun de gastrite ou gastro-entérite; ainsi s'expliquent les erreurs dont fourmille à chaque pas le traité beaucoup trop vanté des phlegmasies chroniques. Oui, quand on analysera impartialement ce fastueux traité, on reviendra, nous n'en doutons point, de l'engouement dont il a été l'objet, lorsqu'on y verra confondus pêle-mêle les inflammations franches avec les irritations ner-

veuses, avec les irritations catarrhales, avec les irritations rhumatiques, avec les irritations spécifiques, et qu'on aura définitivement acquis la certitude que les phlegmasies proprement dites, en faveur desquelles ce traité est écrit, n'y remplissent, en effet, que la plus petite place.

Tous les cas de gastro-entéralgies rentrent, sous le rapport de l'intensité, dans trois phases ou degrés : le premier degré mérite à peine le nom de maladie : il est caractérisé par une sensibilité morbide du canal digestif compatible avec l'exercice régulier de fonctions, et s'allie avec un état névropathique général connu sous le nom de mobilité nerveuse ou d'état nerveux. La plupart des sujets atteints à ce degré ne souffrent ordinairement ni du corps ni de l'esprit ; ils ne commencent à se plaindre que par suite de digestions laborieuses, soit après l'ingestion d'une trop grande quantité d'aliments, soit après l'usage d'aliments de mauvaise qualité. Au second degré, la gastro-entéralgie ne laisse déjà guère de relâche. L'appétit est souvent compromis d'une manière quelconque, l'estomac est douloureux avec cette particularité caractéristique que la pression, loin d'augmenter la douleur, la calme au contraire et peut la faire cesser. D'ailleurs elle s'irradie ordinairement sur les parois thorachiques, le dos et les épaules ; elle cesse ou diminue par intervalles, et présente, suivant les circonstances, une multitude de degrés depuis le mal d'estomac le plus simple jusqu'à une douleur intolérable. Rien de plus variable que la nature de la douleur gastrique. Chez les uns c'est un sentiment de constriction, chez les autres une sensation de distension, de dilacération ou de tortillement, chez d'autres enfin une douleur aiguë impossible à définir. Elle peut se faire sentir dans la région dorsale, au lieu de se fixer sur l'épigastre. Toutefois il n'y a pas toujours une douleur quelconque à l'épigastre, c'est tantôt seulement un malaise pénible et indéfinissable, accompagné de nausées, de découragement, d'anxiétés ou de sensations bizarres, signes plus ou moins explicites de la dépravation de la sensibilité de l'estomac. Des phénomènes sympathiques se joignent aux symptômes particuliers des voies gastriques à mesure que les gastralgies font des progrès. Nous n'en finirions pas si nous voulions énumérer tous ces phénomènes et tous ces symptômes. Contentons-nous de dire qu'il n'y a pas d'impression insolite ni de sensation extraordinaire que les gastralgies ne puissent provoquer ; ce qu'il y a de remarquable c'est qu'au milieu de cet appareil de symptômes si menaçants, en apparence, la fièvre est nulle ou à peu près nulle. On cite même des sujets qui ont souffert pendant quinze, vingt ans, et toute leur vie de douleurs gastralgiques sans éprouver de la fièvre, sans s'affaiblir et sans perdre de leur embonpoint. Au troisième degré les gastralgiques offrent au moral tout

l'appareil phénoménal des affections nerveuses connues sous le nom d'hypocondries ou d'hystérie, et au physique l'ensemble des malaises, des douleurs réelles et des perturbations fonctionnelles qui se rapportent aux gastro-entéralgies les mieux conditionnées. Remarquons bien néanmoins que les gastro-entéralgies ne marchent pas toujours suivant les trois phases progressives dont nous venons d'offrir une esquisse ; il arrive maintes fois que les symptômes du dernier degré se mêlent aux symptômes des autres phases, et que la première période de la maladie ressemble même à beaucoup d'égards à la plus avancée. Tout dépend ici des causes et des circonstances de l'état morbide, de la susceptibilité des sujets malades, et des manières diverses dont on s'efforce d'enrayer le mal. Une observation importante au milieu de la confusion assez ordinaire des signes de ces maladies, c'est qu'on peut voir les phénomènes sympathiques de la névrose gastro-intestinale effacer si complétement l'expression symptomatique du siége primitif de l'affection, qu'on sent alors légitimement si le canal digestif est bien réellement le point de départ du trouble général. Au surplus, la gastro-entéralgie se complique d'autres affections. Ces complications très-diverses en modifient la marche et la physionomie, ce qui oblige à introduire des modifications correspondantes dans sa méthode de traitement. Il y a peu d'affections qui ne puissent ainsi compliquer ces maladies, et dans le nombre de ces éléments étrangers figurent les affections les plus contradictoires, et toutes les affections spécifiques. On conçoit combien ces alliances hétérogènes accroissent les difficultés de la thérapeutique des gastro-entéralgies, et combien il importe que le praticien ne prenne pas le change sur les caractères de la complication ; l'insuccès dans une foule de cas de ces névroses, est dû certainement à la présence méconnue de ces sortes de combinaisons. Quoi qu'il en soit des variétés, des anomalies et des complications des gastro entéralgies, l'expérience et le raisonnement s'accordent à ramener la nature de la maladie à deux grandes divisions fondamentales et rattacher conséquemment leur thérapeutique à deux méthodes corrélatives de traitement. Posons largement les principes de ces différences essentielles ; nous en déduirons ensuite pour chacune des divisions admises la méthode et les moyens curatifs les plus puissants.

Quelles que soient les espèces de gastro-entéralgie, elles sont toutes réductibles aux deux classes suivantes : les unes dépendent d'un excès de susceptibilité des voies gastriques, que M. Barras appelle éréthisme nerveux ; les autres proviennent, au contraire, d'un état de débilité de ces organes, ou de l'atonie des premières voies. Il faut remarquer qu'en dépit des traits distinctifs qui les séparent, ces deux états si disparates

se suivent souvent, alternent ou se mêlent, en sorte que le traitement de l'éréthisme nerveux appelle souvent après lui le traitement de l'état atonique, et qu'il convient même dans quelques cas de prendre et de quitter alternativement la méthode applicable aux deux états. Cette succession, cette confusion ou ce mélange, n'est pas une des moindres difficultés du traitement des gastro-entéralgies. Toutefois, voyons dans la supposition de leur séparation bien nette, quelles sont les bases de leurs indications respectives. Le traitement des gastro-entéralgies par éréthisme se résume très-exactement dans cet axiome : calmer sans affaiblir. En effet, l'irritation nerveuse essentiellement distincte de l'irritation inflammatoire, augmente et s'exaspère par les moyens qui réussissent à souhait dans cette dernière irritation. Il y a fort longtemps que les bons praticiens savent que les agents débilitants et, en première ligne, les émissions sanguines, si convenablement adressées aux inflammations vraies, provoquent une surexcitation des fonctions sensitives et motrices, y font naître de grands désordres, engendrent en un mot une foule d'affections nerveuses. Ces conséquences inévitables d'une irritation plus ou moins active font pressentir les inconvénients d'une méthode de ce genre dans les affections dont une surexcitation purement nerveuse est le principe essentiel. Les moyens à employer contre les gastralgies par éréthisme sont en grande partie un régime doux et léger, qui ne détermine pas de digestions laborieuses, bien qu'il fournisse suffisamment à la substantation des organes. Ce régime doux et léger se compose indistinctement des viandes et des légumes qui passent sans fatigue, en proportionnant les quantités de ces aliments aux besoins de chaque sujet. Une substance éminemment douée de la propriété de servir à la fois d'aliment et de médicament dans la gastro-entéralgie par éréthisme, c'est le lait, et plus spécialement le lait d'ânesse. Le lait d'ânesse émousse l'irritation, cause première de cet ordre de maladies, et il ne laisse jamais à sa suite la faiblesse qui succède à l'emploi des débilitants directs. Malheureusement tous les malades ne s'accommodent pas de l'usage de cette substance. Ceux qui souffrent de coliques nerveuses s'en accommodent encore généralement assez peu ; ils en éprouvent des gonflements pénibles, une grande flatulence et souvent le dévoiement. Ces malades ne sauraient se trouver bien d'un aliment qui produit de semblables phénomènes, et il va sans dire qu'ils doivent y renoncer.

Le régime doux doit être soutenu aussi longtemps que les organes digestifs ne pourront supporter une nourriture plus restaurante : ce qui dure quelquefois plusieurs années. Quant à la quantité des aliments, il y a aussi une mesure au-delà de laquelle le régime le plus approprié de-

vient pernicieux ; en général cette mesure est proportionnée, comme nous l'indiquions tout à l'heure, à la facilité des digestions. Nous réunissons ici en peu de mots les signes auxquels on peut reconnaître que cette mesure importante n'est pas dépassée. Lorsque les malades se trouvent bien après avoir pris de la nourriture, qu'ils sont alors plus portés à l'exercice et à l'amusement qu'à se reposer ou à dormir, ils ont atteint le point de régime convenable, et ils doivent y rester jusqu'à ce que la sensibilité de l'estomac soit diminuée et que cet organe puisse supporter une plus grande masse d'aliments ; mais lorsque les malades éprouvent après le repas des distensions de l'abdomen, de l'abattement du corps et de l'esprit, l'alimentation est trop copieuse et il faut la diminuer. Enfin elle n'est pas assez copieuse s'ils ressentent en sortant de table un vide et de la faiblesse dans les premières voies.

Le régime en question, qui n'opère quelquefois qu'au bout de plusieurs années, suffit ordinairement à guérir les cas les plus simples au bout d'un mois à six semaines, et même en moins de temps. Cependant ce régime si efficace ne réussit pas toujours, et il a besoin d'être aidé par quelques médicaments. Au nombre des remèdes les plus utiles nous citerons en particulier quelques tasses d'eau de veau ou de poulet, des bains tièdes ou frais, le sous-nitrate de bismuth, recommandé avec tant d'éloges par MM. Lombard, Trousseau et quelques autres qui se prennent de passions pour tous les remèdes qu'ils expérimentent, le sous-nitrate de bismuth ne réussit que rarement, et souvent il augmente la gastralgie. Nous devons même ajouter que, manié sans prudence, il a décidé de véritables empoisonnements. Des moyens bien autrement efficaces contre les gastralgies, ce sont les narcotiques et les opiacés : l'opium dépouillé de sa partie résineuse réunit tous les avantages de cette classe de remèdes; on peut l'administrer sous la formule suivante : *Sirop d'extrait d'opium, par digestion* 30 *grammes*, *sirop d'Althœa et de fleurs d'oranger*, *de chaque* 15 *grammes*, *eau commune* 60 *grammes*, *méler et prendre une cuillerée à bouche toutes les demi-heures.* Il est fâcheux que l'opium si souverain dans la gastralgie par éréthisme entraîne un inconvénient majeur ; nous voulons parler de la constipation ; mais on obvie à ces conséquences en l'associant à quelques laxatifs. Enfin, lorsque l'opium irrite au lieu de calmer, ce qui arrive à certains malades d'après leur susceptibilité individuelle, on y substitue l'hydrochlorate de morphine administré par la méthode endermique. Les calmants ne sont pas toujours de mise dans la gastro-entéralgie par irritation ; il y a un moment où la gastralgie se transforme et devient atonique : de là la nécessité de changer la méthode curative et de remplacer les calmants par les toniques. Le point difficile est de saisir l'instant de cette transfor-

mation. Dans tous les cas où l'on a lieu d'en soupçonner l'existence, il sera sage de n'en venir aux toniques que par degrés insensibles et de commencer par combiner ceux-ci avec les calmants, avant de les employer seuls.

Le traitement des gastro-entéralgies par atonie se résume aussi très-exactement dans cet autre axiome : fortifier sans irriter. Ici se place une distinction pharmaceutique que ne savent pas faire ceux qui confondent toutes les espèces de remèdes, tels que les excitants, les toniques ou les fortifiants. Il y a dans l'action curative des remèdes une distance immense entre les modes d'opération dans deux ordres d'agents. Théoriquement parlant, les excitants suscitent une effervescence générale dans les liquides et les solides, sans ajouter le moindre degré appréciable aux forces des organes ; au contraire, ils font succéder un état de faiblesse plus ou moins sensible au tumulte qui constitue leurs actions. Les toniques n'opèrent pas à beaucoup près de la même manière. Ces agents accroissent réellement la somme des forces de l'économie, sans troubler notablement le rythme des fonctions. L'expérience clinique justifie sous tous les rapports les différences théoriques que nous énonçons ; car il n'existe pas un praticien réellement digne de ce nom qui s'avise de placer sur la même ligne l'influence des médicaments appelés stimulants diffusibles, comme les eaux distillées, les substances aromatiques, et l'influence des toniques proprement dits, comme les amers, les astringents. Eh bien, c'est cette distinction qui doit régler le choix des substances médicamenteuses dans le traitement des gastro-entéralgies par atonie. Les excitants ou stimulants diffusibles ne conviennent nullement contre cette classe des gastralgies ; ils augmentent les symptômes au lieu de les détruire ; ce qu'elles exigent par dessus tout, ce sont les toniques, les amers et les astringents. Ces médicaments seuls relèvent et soutiennent l'activité des fonctions digestives ; eux seuls aussi combattent les gastralgies atoniques. Mais avant d'en venir aux ressources pharmaceutiques contre ces gastralgies, ainsi que dans les précédentes, il importe de mettre à contribution la puissance si éminente d'un bon système d'alimentation. L'alimentation appropriée au caractère des gastralgies par atonie, consiste dans l'usage de viandes succulentes et de vins généreux. Beaucoup de malades sont frappés des souffrances de leurs organes gastriques et, craignant de les accroître, choisissent pour leur nourriture les viandes gélatineuses et repoussent celles qui sont chargées de principes nutritifs, d'osmazone et de fibrine. Ces malades se trompent. Les faits démontrent que ceux qui s'obstinent à suivre un tel régime languissent en proie aux symptômes gastriques, tandis que ceux qui se nourrissent de préférence des viandes les plus nutritives

guérissent très-rapidement. Les mêmes vues doivent diriger les malades dans le choix de leurs vins. Les vins acides, froids ou rafraîchissants ne sont pas les plus convenables ; ils se trouvent mieux des vins chargés de principes toniques et astringents, comme les vins de Bordeaux spécialement. Lorsque les névroses atoniques ne s'accompagnent d'aucun symptôme fâcheux, on peut s'en fier aux effets du régime ci-dessus pour les guérir radicalement ; il n'en est plus de même quand ces névroses sont plus menaçantes. Dans ces circonstances, il faut seconder le régime par une bonne médication. On peut choisir entre les médicaments toniques, tels que le quinquina, l'écorce d'oranges et la valériane sauvage. Quelques médecins les réunissent même tous les trois, en les administrant, soit en poudre, soit sous la forme d'électuaire. Cependant les autres toniques ne sont pas à rejeter ; souvent, au contraire, les gastralgiques repoussent les premiers et n'éprouvent de bien-être que par l'usage de tout autre de la même classe, quoiqu'il soit en général bien moins puissant. On se règle là-dessus d'après les susceptibilités individuelles, dont l'influence, ici comme dans toutes les affections nerveuses, joue un rôle très-éminent. En général pourtant, il n'existe pas de médicament de ce genre plus utile dans les gastralgies par atonie que les préparations ferrugineuses. Lorsqu'il n'y a pas urgence à employer les toniques, on peut se borner à prescrire l'eau ferrée pour couper le vin dans les repas. Mais si cette urgence s'éprouve, on en vient aux pilules ferrugineuses d'après la formule suivante : sulfate de fer, 15 grammes; sous-carbonate de potasse, 15 grammes; réduisez en poudre palpable et mêlez exactement à 5 grammes de poudre de réglisse et de gomme et broyant pour une masse qu'on divise en 48 pilules. Ces pilules, qui ne sont autres que celles proposées par le docteur Blaud, se prennent d'abord à la dose d'une le matin et une le soir. On vient en augmenter la quantité au bout de trois ou quatre jours, on en porte la dose jusqu'à trois à la fois. Ces pilules réussissent mieux que celles proposées par le docteur Trousseau, sans qu'on puisse dire au juste pourquoi; quel que soit le tonique dont on se serve dans les névroses du canal alimentaire, il peut être nécessaire, à cause de la vive sensibilité, qui est presque inséparable de l'atonie nerveuse de ce canal, de lui associer l'opium. C'est ainsi que, pour que les pilules de M. Blaud fussent supportées, on est souvent obligé de faire entrer dans chaque pilule un huitième de grain d'extrait d'opium.

NOTE SUR QUELQUES ACCIDENTS NERVEUX NON DÉCRITS ET TRAITÉS AVEC SUCCÈS PAR LA POUDRE DE VALÉRIANE.

Les accidents dont il va être question dans cet article, qu'on les appelle nerveux, spasmodiques, hystériques, etc., — toute dénomination de cette nature est nécessairement vague et provisoire, — Ces accidents, dis-je, quoique assez fréquents, ne me paraissent pas avoir suffisamment fixé l'attention des praticiens. Quoiqu'ils n'offrent en général que peu de gravité et quoiqu'ils puissent même coïncider quelquefois avec les apparences d'une santé florissante, ils entraînent cependant une incommodité si grande, ils font irruption dans les moments où l'existence a besoin de tant de calme, que le médecin doit faire tous ses efforts pour arrêter un tel état de choses en appelant à son aide les secours de la thérapeutique, qui heureusement, comme on va le voir, ne sont pas, dans ces cas, infidèles.

La description de cette affection ressortira tout entière des détails que je vais présenter des cas que j'ai eu l'occasion d'observer. Mais avant tout, en voici un exemple que j'ai rencontré dans un livre bien célèbre et qui offre la plus frappante analogie avec ceux que j'ai observés moi-même :

« Elle (madame de Warens) supportoit avec peine la première odeur
» du potage et des mets ; cette odeur la faisoit presque tomber en dé-
» faillance, et ce dégoût duroit longtemps. Elle se remettoit peu à peu,
» causoit et ne mangeoit point. Ce n'étoit qu'au bout d'une demi-heure
» qu'elle essayoit le premier morceau. »

J. J. ROUSSEAU, *Confessions*, partie I, livre III.

On va voir, dans les observations suivantes, que cette incommodité dont madame de Warens était atteinte est plus fréquente qu'on ne le pense sans doute.

Obs. I. Madame T... D... est âgée de trente-six ans, elle est robuste, bien constituée, bien réglée; elle a donné le jour à deux beaux enfants, et les suites de ses couches ont été parfaitement heureuses. Sa santé a toujours été assez bonne, et il est remarquable surtout qu'elle n'a jamais éprouvé d'accidents nerveux d'aucune nature; dans sa famille, rien de semblable à l'incommodité qui l'afflige n'a été observé. Depuis un an madame T... éprouve les accidents suivants : Tous les jours, au moment de se mettre à table, soit pour le déjeûner, soit pour le dîner, elle pâlit, elle éprouve une sensation de resserrement de la poitrine, elle étouffe, elle fait de fréquentes et pénibles inspirations, puis, surviennent des bâillements précipités, et au bout de douze à quinze minutes ces accidents se dissipent peu à peu, tout rentre dans

l'ordre, et madame T... commence son repas, duquel elle prend une part fort raisonnable. Dans les premiers temps de cette incommodité, les attaques étaient beaucoup plus longues, et cela dépendait des observations quelquefois fâcheuses du mari de madame T... qui a eu beaucoup de peine à croire que ces scènes quotidiennes ne fussent pas un jeu. A l'époque encore où je vis la malade, il suffisait d'un témoignage d'impatience de son mari, ou bien de la présence d'un convive étranger qui portât trop vivement son attention sur madame T... pour que la scène fût plus longue et qu'elle se terminât presque toujours par des larmes.

Ce qui me parut remarquable dans ce cas, c'est que, malgré l'ancienneté de cette affection qui remontait à un an et dont les accès se répétaient souvent deux fois par jour, la santé générale de madame T... ne semblât avoir éprouvé aucune atteinte et que les fonctions de nutrition eussent conservé leur normalité.

Quant à la cause présumée de ces accidents, madame T... la rapportait à une vive émotion morale qu'elle avait éprouvée il y a un an en se mettant à table.

Madame T... avait essayé des traitements divers et variés, les bains froids, les affusions froides, les bains de mer, l'emploi du bismuth, celui d'une longue liste de médicaments dits antispasmodiques; le sulfate de quinine même avait été tenté, et tout cela sans la moindre amélioration. Je dirai plus bas par quel moyen fut guérie madame T...

Obs. II. Madame O..., vingt-sept ans, mariée sans enfants, irrégulièrement menstruée, a été depuis sa puberté en proie à des affections nerveuses variées. A l'époque de son mariage, qui a eu lieu à vingt-quatre ans, elle éprouvait des attaques fréquentes d'hystérie. Depuis son mariage, les attaques sont devenues de plus en plus rares et ont fini par disparaître; mais alors ont apparu des névralgies faciales, intenses et rebelles, qui, cessant à leur tour, ont été remplacées par les accidents suivants :

Madame O... sent le désir de manger et veut se mettre à table. A peine est-elle assise qu'elle éprouve un sentiment de strangulation, le pharynx se contracte et se resserre, cette sensation dure quelques secondes après lesquelles la malade bâille fréquemment. Tout se calme bientôt et madame O... peut prendre son repas, dont la digestion se fait ordinairement sans trouble.

Quand j'ai été appelé auprès de madame O..., ces accidents duraient depuis quatre mois, et elle ne les avait combattus que par la glace et l'eau glacée qui avaient été inefficaces.

Le traitement que j'ai opposé à cette affection a été le même que celui de madame T... D...

Obs. III. Mademoiselle J. T., vingt-trois ans, tempérament éminemment nerveux, très-irrégulièrement menstruée, a été chlorotique à seize ans, et a toujours eu une santé fort délicate. Depuis l'âge de vingt ans, elle éprouve des accidents complétement identiques à ceux que j'ai déjà décrits, et que, pour éviter des répétitions inutiles, je ne décrirai pas de nouveau. Je dois dire seulement que ce n'est pas tous les jours que ces accidents arrivent, mais seulement sept à huit jours avant et sept à huit jours après l'époque menstruelle. L'apparition de ces accidents est d'autant plus fréquente que l'irrégularité cataméniale est plus grande et que les règles coulent moins abondamment.

Chez cette malade encore, les traitements ont été nombrenx et divers et toujours inefficaces.

J'ai eu une quatrième fois l'occasion d'observer ce phénomème, et cette fois chez un jeune homme de dix-huit ans qui avait été atteint de chorée dans son jeune âge. Le malade a quitté Paris quelques jours après ma visite, et je ne sais ce qui est arrivé du traitement que j'avais prescrit.

L'affection dont je viens de tracer succinctement le tableau rentre essentiellement dans cette série interminable des accidents nerveux, connus sous le nom de spasmes et de vapeurs. J'ai tout lieu de penser, d'après les renseignements que j'ai pris auprès de quelques praticiens très-répandus, que ces accidents sont assez fréquents dans les grandes villes surtout et dans les classes riches de la société, chez les femmes qui présentent toutes les conditions favorables au développement des phénomènes pathologiques nerveux.

Dans les trois circonstances précitées, j'ai employé le même médicament, à la même dose, sous la même forme et pendant le même espace de temps. Ce médicament, c'est la poudre de valériane qui trois fois a suffi pour faire cesser et disparaître entièrement une affection fort incommode et qui était un tourment véritable pour l'existence de ces trois malades.

Pendant quinze jours j'ai fait prendre quatre grammes de poudre de valériane dans un verre d'eau sucrée, une heure avant le principal repas. Dès le quatrième ou cinquième jour les accidents ont diminué d'intensité, et au dixième jour ils ont cessé. Par mesure de précaution, j'ai continué l'administration de la valériane jusqu'au quinzième jour. Dans aucun de ces trois cas il n'y a eu récidive.

Je saisirai cette occasion de rappeler à l'attention des praticiens l'emploi de la valériane comme un des plus puissants antispasmodiques que

possède la matière médicale. Peut-être l'école moderne a-t-elle trop négligé ce médicament que j'ai vu rendre les plus grands services à quelques praticiens, à M. Recamier entre autres. Pour mon compte, il est une infinité de circonstances où l'emploi de la valériane m'a suffi pour combattre des accidents dépendant surtout d'une altération de fonctions du système nerveux ganglionaire. Des dyspepsies, des gastralgies et des gastorrhées, quelques entéralgies, des bâillements spasmodiques, la longue série des accidents hystériformes, sont puissamment modifiés par la valériane. J'ajoute, sur la foi d'une expérience répétée, que dans l'hystérie véritable et confirmée, la valériane et l'assa-fœtida, sont encore les plus énergiques modificateurs de cette maladie.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DU PHLEGMON ET DES ABCÈS.

Si le phlegmon est souvent une maladie locale qui reconnaît pour cause un excès de mouvement nutritif circonscrit dans une région bien déterminée, souvent aussi son existence se rattache à des influences générales qui ressortent, soit de la constitution même des individus, soit de circonstances extérieures dont l'appréciation devra exercer une action directe et décisive sur la forme et la nature du traitement. C'est pour n'avoir pas assez tenu compte de cette importante distinction et s'être seulement préoccupé du fait pathologique externe que le chirurgien, dans beaucoup de cas, voit échouer tous les efforts de la thérapeutique, trop exclusivement dirigée en vue de l'affection locale qui n'est alors que secondaire ou symptomatique. Un exemple pris dans la pratique la plus vulgaire rendra cette vérité frappante. N'observe-t-on pas à tout moment des individus chez lesquels le furoncle, véritable phlegmon aréolaire de la peau, se développe avec une remarquable ténacité et une vigueur de reproduction telle qu'à peine l'un est éteint que plusieurs autres sont déjà en voie de développement : n'en est-il pas de même souvent de cette affection vulgairement appelée *tourniole*, variété d'érysipèle phlycténoïde que l'on voit envahir tous les doigts successivement? C'est que dans ces deux cas on a traité l'affection locale sans remonter à la cause qui, le plus souvent, est un embarras su-

burral des premières voies ou une légère irritation gastro-intestinale. Que celle-ci soit convenablement traitée, que l'on administre, suivant l'indication, ou l'émétique, ou des boissons émollientes, et qu'au besoin on ait recours à des moyens plus actifs, aux sangsues par exemple, et on pourrait presque affirmer *à priori* que, l'état des voies digestives étant amélioré, l'affection externe disparaîtra.

Sans doute cette relation sympathique entre la peau et la membrane muqueuse gastro-intestinale est un fait que l'anatomie et la physiologie ont suffisamment éclairé pour qu'il soit bien connu de tous, cependant on l'oublie en pratique, et on a grand tort, car de lui dérive une induction de la plus haute importance puisqu'elle constitue presque à elle seule toute la puissance thérapeutique : je veux parler de la *révulsion*. Ces principes généraux étant posés, j'arriverai à l'application qui, en tout point, leur est nécessairement subordonnée.

— Une inflammation phlegmoneuse ou érysipélateuse étant donnée, il faut agir promptement, et ne pas, par une condescendance blâmable aux sollicitations des malades qui souvent ont de la répugnance pour ce qu'ils appellent les moyens violents, les sangsues par exemple, et bien plus encore la saignée, ne pas, dis-je, s'enfermer dans une temporisation qui peut devenir funeste, car l'observation apprend qu'une phlegmasie simple et facile à enrayer à son début, peut se compliquer dans sa marche et susciter autour d'elle des accidents secondaires qui rendront le danger plus pressant, et la thérapeutique incertaine et souvent impuissante. Enfin la saine pathologie n'apprend-elle pas que les tissus sont d'autant plus difficilement ramenés à leur état primitif, que l'élément phlogistique les a plus profondément et plus longtemps occupés. Se hâter est donc ici pour le chirurgien la plus pressante indication à remplir.

Dans l'énumération des moyens curatifs mis en usage contre le phlegmon, les émissions sanguines viennent en première ligne. Si le sujet est fort, phlétorique, une saignée du bras devra précéder l'application des sangsues : celles-ci doivent être posées, non sur la partie enflammée elle-même, comme on a coutume de le faire généralement, mais bien sur les tissus environnants que la phlegmasie n'a pas encore envahis. On évite ainsi l'inconvénient de faire autant souffrir le malade, et d'agir au bénéfice de l'inflammation, comme cela peut arriver en raison de l'irritation produite par les morsures des sangsues. Il faut en prescrire un grand nombre, trente, quarante, quatre-vingts et plus, si on veut promptement dégorger le système capillaire ; en petit nombre, les sangsues produiraient presque infailliblement une congestion sur un point où le sang est déjà en excès : quant à l'emploi de cette sai-

gnée renouvelée plus ou moins souvent, les indications locales et la physionomie générale du sujet peuvent seules, à cet égard, éclairer la conduite du chirurgien.

Sous l'influence de la médication que je viens d'exposer, la rougeur, la chaleur et le gonflement peuvent disparaître d'une manière générale, et persister sur quelques points isolés où l'on remarque une induration circonscrite et douloureuse; c'est encore le cas de recourir aux sangsues, que l'on dispose par groupes autour des points où l'inflammation se montre ainsi réfractaire, et on ne tarde pas ordinairement à en effacer les dernières traces.

Doit-on faire abstraction de toute émission sanguine une fois que la suppuration est établie, et à plus forte raison après qu'on lui a donné issue? Si l'abcès phlegmoneux est très-étendu, si sa base offre une couche très-épaisse de tissus durs, enflammés et douloureux, il est utile d'insister encore sur les saignées locales conjointement avec les moyens émollients ordinaires; j'ai souvent eu occasion de constater dans la pratique de M. Lisfranc, les heureux effets de cette méthode qui sont de hâter la cicatrisation du foyer purulent et la résolution des tissus voisins ou l'induration a une tendance si marquée à persister toutes les fois que l'inflammation a été faiblement combattue.

— L'onguent mercuriel employé en onctions contre l'érysipèle, a été recommandé aussi dans ces derniers temps par le docteur Serre d'Uzès, pour le traitement du phlegmon. Ce praticien en aurait retiré de grands avantages. Toutes les deux heures il fait sur la partie enflammée, et trois ou quatre pouces au delà, une onction avec l'onguent qui doit former une couche de deux lignes d'épaisseur : il emploie ainsi en vingt-quatre heures 250 grammes de cette substance, il continue les onctions pendant deux jours : passé ce terme, si le succès n'est pas assuré, ce qui est fort rare, au dire de ce médecin, il ne faut pas insister davantage, car d'après lui la suppuration existe et réclame une issue. A ces données pratiques, que je reproduis sans préjuger aucunement de leur valeur définitive, j'ajouterai que M. Lisfranc, qui a repris dans son hôpital les expérimentations du chirurgien d'Uzès, a eu à s'en louer dans des cas où les émissions sanguines avaient échoué. Quant à l'absorption du mercure et aux inconvénients qui peuvent en résulter, M. Serre affirme quelle n'a pas lieu, quelque considérable que soit la dose du médicament employé.

—Le vésicatoire appliqué sur le milieu de la tumeur phlegmoneuse, a quelquefois réussi à centraliser l'inflammation, qui se termine alors par résolution, ou par un abcès très-circonscrit, développé sous la surface qu'il occupe; c'est surtout quand le vésicatoire a été posé un peu tard,

que cette dernière terminaison a lieu. Ce moyen doit être rejeté toutes les fois que le phlegmon se rattache à une lésion appréciable du canal digestif, l'expérience a démontré qu'alors il peut être nuisible. Il en sera de même si l'inflammation s'accompagne d'œdème, si à sa surface on observe une rougeur brune, et le développement de phlyctènes, car, dans ces circonstances, il a quelquefois produit des escarres gangreneuses. Il faut encore l'exclure du traitement du phlegmon occupant les parois thorachiques et abdominales, parce qu'en fixant ainsi une inflammation dans le voisinage des organes splanchniques, on s'exposerait à la voir se communiquer, sinon à ces organes eux-mêmes, du moins à la plèvre et au péritoine.

Dans l'emploi du vésicatoire il est de règle de le lever le lendemain de son application et de le faire suppurer. S'il n'a pas réussi ou si l'inflammation n'est que faiblement amendée, on en pose un autre sur le point le plus enflammé, et jamais sur le lieu occupé par le premier.

Un troisième, un quatrième peuvent être nécessaires, chaque fois qu'on en pose un nouveau, il faut s'arranger de façon qu'il n'y en ait pas plus de deux à la fois en activité. Il est convenable, la guérison une fois obtenue, d'en laisser un seul suppurer pendant huit ou quinze jours.

— Les irrigations d'eau froide prescrites plus spécialement dans le phlegmon de cause externe, conviennent surtout quand la maladie est à son début, alors que la réaction ne s'est pas dévéloppée ; en général on peut dire quelles sont plutôt nuisibles qu'utiles, si la phlegmasie existant déjà depuis quelques jours, présente un degré d'intensité considérable. Lorsque la rougeur des téguments est très-foncée, que ceux-ci se couvrent de phlyctènes, les irrigations exposent à la gangrène : il est inutile d'ajouter quelles doivent être employées d'une manière permanente, et qu'on peut au besoin faire concourir avec elles les évacuations sanguines générales.

— Quant à la compression dirigée en vue d'éteindre un phlegmon, alors qu'il présente tous les caractères aigus, c'est une méthode de traitement condamnée par la raison et par les faits : aussi ne doit-on y recourir qu'autant que la tumeur est en voie de résolution déjà avancée; encore devra-t-on prendre garde quelle n'agisse comme moyen excitant, et par conséquent au bénéfice de l'inflammation.

— Les scarifications ont été conseillées contre le phlegmon érysipélateux, j'ai vu M. Lisfranc les mettre en usage, il y a renoncé, car, outre l'inconvénient de produire une vive douleur, et de donner lieu à des cicatrices, difformité fâcheuse quand elle occupe une partie habituelle-

ment découverte, les scarifications, en provoquant à un écoulement de sang peu abondant, augmentent presque toujours la congestion sanguine locale.

Du diagnostic des abcès. Quelque soin que l'on mette à combattre une inflammation phlegmoneuse, il est vrai de dire quelle se termine le plus souvent par suppuration : outre les signes rationnels qui l'annoncent et que nous négligerons ici, il y a des signes sensibles à la recherche desquels il importe d'apporter la plus grande attention.

1° Pour constater l'existence d'un épanchement séreux dans le péritoine, on applique la face palmaire d'une main sur la paroi abdominale, et on percute avec la pulpe des doigts de l'autre main sur un point diamétralement opposé, de sorte que l'ondulation de la colonne de liquide, ainsi mise en mouvement, vienne frapper la main qui reste immobile. Cette manière d'apprécier la fluctuation peut s'appliquer à quelques vastes collections purulentes du tronc ou des membres; j'ai pu m'en servir avantageusement pour m'assurer de la nature d'une tumeur étendue depuis la clavicule jusqu'à la base de la poitrine, et forçant le malade à maintenir son bras écarté du corps à une distance d'un demi pied; j'avais affaire à un kyste séreux.

2° Le foyer purulent peut ne pas être complétement rempli : en pressant alors de la circonférence au centre, on ramène le liquide dans le point qui est soulevé et tendu : le diagnostic est si clair que le toucher devient presque inutile.

3° Le kyste pyogénique est quelquefois situé au milieu d'un tissu cellulaire abondant, mou, contenant un peu de sérosité : ainsi dans l'épaisseur de la mamelle, ou des parois abdominales, chez une femme qui a maigri et dont les tissus offrent alors une mollesse si grande qu'en les palpant on leur imprime un ébranlement propre à faire croire à l'existence de la fluctuation. Pour éviter une erreur, il faut, ainsi que le prescrit M Lisfranc, faire embrasser ces tissus par les mains d'un aide, ou soi-même les fixer avec la paume d'une main, tandis que de l'autre on les explore. On ne peut pas alors leur imprimer l'ébranlement particulier que je viens d'indiquer.

4° On prend souvent pour la fluctuation la sensation que donnent les tissus ramollis autour des articulations atteintes de tumeur blanche. Pendant mon internat dans le service du chirurgien en chef de la Pitié, où cette dernière affection est si commune, j'ai été en position de constater combien la méprise est facile, tant cette sensation ressemble à celle que donne la fluctuation véritable. C'est par l'étude réfléchie de la maladie, de sa durée, de sa marche, que l'on peut arriver à un diagnostic certain. On y sera surtout conduit par l'examen de l'articulation, qui peut

offrir également sur tous les points de sa circonférence cette mollesse des tissus, qui alors ne dépend pas de la présence du pus ; tandis que, si elle occupe un endroit limité et bien circonscrit, elle en est vraisemblablement le résultat.

5° Dans les foyers incomplétement remplis, on perçoit quelquefois le gargouillement produit par le passage du pus d'un point dans un autre ; il s'accompagne même de crépitation quand des gaz s'y trouvent mêlés ; c'est une indication de plus pour ne pas différer l'ouverture de l'abcès.

Après avoir établi ces importantes distinctions, qui montrent que les moyens d'exploration doivent être modifiés suivant certaines conditions anatomiques appartenant, soit aux collections purulentes elles-mêmes, soit aux parties où elles siégent, je dois, avant d'entrer dans l'examen des signes de la fluctuation suivant les localités, tracer les règles du toucher appliqué d'une manière générale au diagnostic des abcès. — Pour explorer une région que l'on suppose le siége d'un abcès, les doigts de chaque main doivent être étendus et juxtaposés, on les place sur la tumeur de manière à ne la toucher qu'avec la pulpe des dernières phalanges et avec l'extrémité inférieure des secondes ; les doigts d'une main seront à un pouce environ des doigts de l'autre. On presse alternativement avec les doigts de chaque main, et tandis que l'on comprime avec l'une, les doigts de l'autre restent immobiles. Si les deux mains comprimaient ensemble et également, il y aurait équilibre et neutralisation d'un effort par l'autre, le liquide ne serait pas suffisamment ébranlé pour que l'ondulation caractéristique de la fluctuation se produisît. Ce phénomène, au contraire, aura lieu et sera nettement perçu si pendant qu'une des mains comprime, on a soin de soulever un peu les doigts de l'autre, sans que toutefois ils se détachent de la surface cutanée avec laquelle ils doivent rester en contact.

Quand un foyer n'est pas entièrement plein, le toucher peut se faire avec les trois doigts du milieu d'une main seulement. En pressant un peu vivement au centre de l'abcès, on sent fuir le liquide à la circonférence, et il est possible d'appliquer la paroi antérieure du foyer contre la postérieure, ce qui donne une sensation essentiellement différente de celle que vient de faire éprouver le déplacement du pus. Cesse-t-on brusquement la pression sans que toutefois la main abandonne les téguments, on sent alors la matière purulente qui, en revenant avec force de la circonférence au centre, soulève la paroi antérieure du foyer, sur laquelle les doigts juxtaposés éprouvent un choc très-distinct.

A côté de ces préceptes dont l'application peut se généraliser pour la plupart des abcès, il en est d'autres entièrement subordonnés à la dispo-

sition anatomique des régions où ils siégent, et qu'il n'importe pas moins de connaître.

A. Existe-t-il du pus dans le fond de l'orbite ? il est difficile, pour ne pas dire impossible de reconnaître sa présence par les moyens ordinaires d'exploration, à moins d'attendre qu'il ne forme un foyer très-étendu ; il faut, pour y parvenir, faire fermer les paupières et exercer sur le globe de l'œil une pression qui forcera le pus à glisser entre la paroi orbitaire et l'œil, et à venir former une tumeur derrière et sous la paupière ; où le toucher constatera facilement la fluctuation.

B. Dans les abcès des parois de la bouche, il convient de toucher en dedans en même temps qu'en dehors.

C. Dans certains abcès du pourtour du conduit auditif externe, le diagnostic devient plus facile quand on introduit dans ce conduit une sonde légèrement courbe, avec laquelle on presse de haut en bas et de dedans en dehors.

D. Quand du pus existe sous l'omoplate, il importe de s'en assurer de bonne heure, pour éviter le décollement des muscles et les fusées purulentes qui trouvent dans le tissu cellulaire assez lâche du dos, des conditions anatomiques on ne peut plus favorables. La saillie plus considérable du scapulum est un signe très-incertain, les deux épaules offrant rarement un égal développement. La trépanation de l'omoplate comme moyen de diagnostic ne serait pas admissible dans l'état actuel de la science. Pour sortir d'embarras, il suffit de comprimer d'arrière en avant le scapulum, de manière à l'appliquer contre la paroi thoracique; le pus refoulé ainsi à la circonférence de cet os y forme un bourrelet où la fluctuation est évidente. Quelquefois et probablement en raison d'une disposition anatomique particulière du kyste, c'est une tumeur volumineuse qui, sous la pression exercée sur le scapulum, se dessine à la partie la plus déclive. Il est aisé alors d'inciser largement et de donner issue au pus, dont l'évacuation pourrait encore être facilitée par l'introduction d'une sonde qui serait conduite jusque dans le foyer purulent, en glissant entre les couches musculaires.

E. Le diagnostic des abcès de la fosse iliaque est facile quand le pus vient se former en collection au niveau de l'arcade crurale. S'il se porte plus profondément et tend à se faire jour dans le cœcum, le vagin ou le périnée, il faut toucher par le rectum, le vagin, et souvent par ces deux voies à la fois, en même temps que l'on fait fortement déprimer par un aide la paroi abdominale.

F. Lorsqu'un abcès s'est développé dans la cloison recto-vaginale, on peut ne pas le reconnaître de suite par le toucher; car ici la pression s'exerce sur un plan mobile qui s'affaisse et fuit sous le doigt, surtout

si le foyer purulent est profond et à demi plein. Dans ce cas difficile où il importe tant de ne pas laisser au pus le temps de produire un décollement qui amènerait presque infailliblement une fistule, le toucher doit être pratiqué de la manière suivante : on porte le doigt indicateur dans le rectum ou dans le vagin, la pulpe tournée contre le point où le pus est présumé exister. On fléchit le doigt à demi, puis on comprime de haut en bas et de dedans en dehors; cette manœuvre ramène le liquide vers les téguments externes, où il forme une tumeur fluctuante bien appréciable.

Ce n'est pas aux abcès seulement que j'ai vu M. Lisfranc appliquer avec succès ce mode d'investigation; par lui il est possible encore de constater sur la paroi du vagin des kystes séreux, des tumeurs érectiles d'un très-petit volume, ce qui permet de les opérer avec d'autant plus de chances de succès qu'attaquées dès leur origine elles n'ont pas encore jeté des racines très-profondes.

G. C'est surtout pour les abcès siégeant autour de l'articulation du genou que le diagnostic offre souvent une grande difficulté : des épanchements articulaires ont été pris pour des collections de pus situées en dehors de l'article, méprise bien grave, puisqu'elle ne tend à rien moins qu'à compromettre le membre et même la vie des malades. D'autre part, si, ayant affaire à un abcès péri-articulaire, on se comporte comme s'il s'agissait d'un épanchement capsulaire, on courra le risque de voir la capsule s'altérer par le contact prolongé de la matière purulente, qui pourra ainsi se faire jour à l'intérieur de l'articulation. Il importe donc beaucoup de ne pas perdre de vue les préceptes suivants :

1° Si le gonflement occupe plus spécialement l'un des côtés de l'articulation, on applique une main sur le côté opposé, et de l'autre on presse sur la tumeur. S'il n'y a pas transmission d'un choc d'une main à l'autre, on peut assurer qu'il n'existe aucune communication avec la cavité articulaire.

2° Si l'abcès existe au-dessus de l'articulation et remonte très-haut sur la cuisse, on peut croire que la capsule ne pourrait se prêter à une extension aussi considérable sans se rompre, c'est une erreur, car à l'hôpital de la Pitié, l'examen cadavérique a montré que la capsule articulaire du genou distendue par un épanchement très-abondant, s'étendait jusqu'au milieu de la cuisse.

3° Un abcès peut se développer dans le tissu cellulaire abondant qui existe au-dessus de la rotule, entre la capsule et les expansions aponévrotiques qui constituent le ligament rotulien supérieur. Dans ce cas, la capsule est refoulée en bas, le ligament rotulien est soulevé et avec

lui l'os qui lui donne attache : le soulèvement de la rotule n'est donc pas toujours un signe pathognomonique des épanchements intra-capsulaires. Toutefois dans l'exemple que je prends, ce soulèvement de la rotule s'effectue par un mouvement de bascule qui dirige son angle inférieur vers le tibia, de manière qu'elle forme un véritable plan incliné. J'ajouterai, pour compléter le diagnostic différentiel, que si on presse sur cette collection purulente, il n'y a pas transmission du mouvement ondulatoire à la partie inférieure, ce qui aurait lieu si le liquide occupait la cavité articulaire.

4° L'abcès peut siéger sous le ligament rotulien inférieur ; la rotule sera encore soulevée, mais cette fois l'inclinaison du plan qu'elle formera sera en sens inverse de celle que je viens d'indiquer, et le pus ne pourra être refoulé vers la partie supérieure de l'article.

C'est en appliquant avec soin ces divers moyens d'exploration que le diagnostic des abcès se simplifie, et que de graves méprises souvent très-préjudiciables aux malades peuvent être évitées.

Dr Am. Forget.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES SUR LA RÉPARATION DES PERTES DE SUBSTANCE AU MOYEN DES EMPRUNTS CUTANÉS.

Quelques altérations des tissus ne peuvent être extirpées qu'en faisant des pertes de substance plus ou moins considérables : telles sont le noma, le cancer, etc. Souvent, après ces grandes opérations, on manque de tégument pour fermer les plaies, et en les livrant à la suppuration, on expose le malade à une récidive. Il faut donc choisir entre deux modes de traitement, qui sont : 1. la réunion immédiate ; 2° la réunion médiate. J'ai depuis plusieurs années constamment abandonné cette dernière, et tous mes efforts tendent à obtenir la première.

La réunion immédiate est le résultat de l'agglutination des lèvres de la peau circonscrivant la plaie, ou l'adhésion des bords de cette peau aux bords d'un lambeau emprunté aux parties voisines du siége de l'opération. C'est de celle-ci que nous voulons parler.

C'est une loi physiologique qui doit diriger ce traitement ; c'est-à-dire que *la diminution de l'activité vitale des tissus, les rend plus favorables aux élaborations plastiques.*

Qu'est ce qui provoque le plus rapidement cette diminution de l'activité des tissus ? c'est la privation du sang. Il faut donc placer les lambeaux empruntés, ainsi que la peau qui les entoure, dans ces conditions favorables à la sécrétion de la lymphe coagulable.

Nous prendrons un exemple pour mieux faire connaître l'application générale du traitement, et comme c'est la face qui réclame le plus impérieusement ces opérations conservatrices, c'est la restauration du nez qui nous servira de type.

La peau se prête avec une merveilleuse facilité à toute espèce de déplacement; l'on peut en détacher de grandes surfaces pour les conduire vers les points que l'on veut recouvrir, et il n'est presque pas de déformations que l'on ne puisse, par son secours, dissimuler adroitement, ou réparer en entier. Ainsi, le nez, les paupières, les joues, les lèvres, peuvent être déformés ou mutilés, et quelle que soit l'étendue de ces altérations, on peut toujours prendre aux parties voisines des tissus propres à restaurer ou à simuler ces organes.

Lorsqu'un lambeau de peau est transporté du front sur le nez, par exemple, et si ce lambeau vit encore par sa circulation primitive, c'est-à-dire par un pédicule adhérent aux tissus du front, et s'il n'y a pas d'accidents inflammatoires, son agglutination immédiate aux tissus voisins se fait avec une grande rapidité : si, au contraire, l'inflammation n'a pas été maîtrisée, la suppuration ne tarde pas à se former, et aussi en très-peu de temps elle détruit des lambeaux entiers, elle produit des décollements considérables, et enfin elle provoque quelquefois l'érysipèle gangréneux. Ce dernier phénomène est plus souvent la suite des restaurations du nez et des paupières; plus rarement on le voit après les restaurations des lèvres, des joues, etc.

L'inflammation érysipélateuse qui se développe après des restaurations envahit les tissus qui entourent le lambeau transplanté, et elle laisse ce dernier à l'abri de ses ravages, et comme étranger à l'action qui se passe autour de lui.

Il existe plusieurs exemples de cet isolement du lambeau : en 1834 on a pu voir à l'hospice Saint-Louis un homme auquel Dieffenbach raccoutra le nez; la face devint le siége d'un érysipèle; le nez resta blanc. M. Ricord a publié, en 1836, un fait semblable.

Dieffenbach a également rapporté, dans son ouvrage (*Chirurgische erfarüngen*), l'histoire d'un homme auquel ce chirurgien fit un nez avec la peau du front. Ce malade eut la jaunisse; la peau de la face devint jaune comme de la gomme gutte. Le nez restait blanc lorsque le malade avait chaud, et il devenait bleu lorsque le malade avait froid; jamais il n'a été jaune.

Il est toujours possible d'obtenir la réunion immédiate des tissus greffés sur la face, en remplissant les conditions suivantes:

1° Il faut tenir les lambeaux attachés par de nombreux points de suture.

2° Il faut faciliter leur circulation par d'abondantes soustractions de sang.

3° Il faut arrêter l'augmentation progressive du calorique par l'application des réfrigérants.

Pour que les sutures agissent efficacement, elles doivent être placées en grand nombre; mais à quelle suture faut-il donner la préférence? Si l'on emploie la suture entortillée, après une rhinoplastie, par exemple, on doit planter dans la peau trente ou quarante épingles qui y séjournent pendant trois ou quatre jours, et si on les coupe avec des ciseaux, on forme un petit rebord, un petit crochet qui déchire le trajet que l'épingle doit parcourir lorsqu'on enlève les points de suture : la douleur est vive, et comme cette manœuvre est répétée autant de fois qu'il y a d'épingle, il en résulte souvent une inflammation vive, qui détruit en peu de temps le travail de réparation commencé depuis trois ou quatre jours.

Ces difficultés et ces accidents probables doivent donc faire rejeter la suture entortillée de la pratique de l'autoplastie.

La suture entrecoupée me paraît être le meilleur moyen d'assujétissement du lambeau. Ces points de suture doivent être placés en grand nombre, parce que le lambeau, s'engorgeant quelques heures après l'opération, forme des éminences, des soulèvements et des godets dans l'intervalle laissé libre entre chaque point de suture : la soudure du lambeau ne peut pas alors être faite sur toute l'étendue de ses bords.

Ces morceaux de fil doivent également être enlevés du troisième au quatrième jour, parce que, agissant comme des corps étrangers dans l'épaisseur des tissus, ils provoquent le dévoloppement d'une inflammation que leur grand nombre rend bientôt très-intense.

Si cet accident arrive, on n'est plus le maître de contenir l'inflammation dans des limites favorables à l'agglutination immédiate; malgré les soins les plus actifs, malgré le traitement le plus énergique, on voit bientôt apparaître quelques gouttes de suppuration sur les points de suture; ce sont les avant-coureurs des désordres qui se préparent profondément, et qui ne tarderont pas à se montrer au dehors.

Dans ce cas malheureux, il faut à l'instant même retirer toutes les sutures, il faut, par de très-légères pressions, faire sortir le pus aggloméré sous le lambeau; ce dernier doit être lavé plusieurs fois par jour avec de l'eau de camomille laudanisée, avec de l'eau blanche tiède, et il doit être maintenu en place par de longues et très-étroites bandelettes agglutinatives.

On comprend que dans cette situation, la seule préoccupation du

chirurgien doit être d'affermir et de fixer l'étoffe, qui plus tard servira à former l'organe.

La première condition de vie d'un lambeau, c'est la libre continuation de sa circulation. Pour que la circulation soit possible, il faut que le sang apporté à la périphérie du lambeau puisse en être rapporté, ou puisse en sortir, sinon il périt par asphyxie.

Le lambeau attaché par des points de sutures, est-il toujours dans des conditions telles qu'il puisse permettre cette circulation? Voyons d'abord la constitution de ce lambeau. Le pédicule qui est l'intermédiaire entre le terrain maternel, et le lambeau transplanté, contient les ramifications artérielles qui doivent le nourrir. Ces ramifications, en se subdivisant, se multiplient jusqu'aux bords du lambeau où elles ont été divisées, ainsi que les ramifications veineuses qui les accompagneot. Les bords du lambeau sont comprimés par les nombreux points de suture, qui mettent un obstacle à toute issue des liquides; alors voici ce qui se passe :

Le sang arrive sans cesse par le pédicule du lambeau, et ne trouvant aucune sortie, il y reste enfermé, il ne peut s'échapper par les orifices béants des artères, parce que ces artères sont aplaties par les nombreux points de sutures; il ne peut pas aussi s'engager dans les veines, parce que ces dernières étant divisées, ne s'abouchent plus avec les artères, et elles ne peuvent plus reporter ce sang dans la circulation. La quantité de ce liquide augmente sans cesse, les vaisseaux en sont bientôt gorgés, la température du lambeau s'accroît, et il ne tarde pas à devenir rouge et violet. Enfin, une escarre bleuâtre se détache, et l'on n'a plus qu'une surface suppurante qui va engendrer des inodules, ou bien qui entraînera la perte, partielle ou totale, des tissus empruntés. On aura alors une difformité plus repoussante que celle que l'on voulait corriger.

On voit que le lambeau est mort par asphyxie, le sang qui n'a pas circulé a agi mécaniquement, de même que dans les poumons, le stase du sang fait périr le sujet.

L'indication pratique est précise, il faut mettre le lambeau à l'abri de la cause mécanique qui le tue : il faut suppléer à la circulation naturelle qui s'est arrêtée, en créant une circulation artificielle.

Ordinairement, huit ou dix heures après l'opération, le lambeau est déjà déformé par le gonflement, il est recouvert de plaques rouges plus ou moins nombreuses, et plus ou moins foncées, sa surface est lisse et luisante, comme si elle était recouverte d'une couche de vernis; sa température est déjà augmentée. Il faut, dans cet état, faire sortir le sang qui l'engorge, et l'on atteint ce but en plaçant *sur le lambeau*,

deux ou trois sangsues. Cette soustraction de sang a rendu de l'énergie au morceau de peau, le lendemain la tuméfaction est devenue plus considérable, parce que la circulation y a été moins gênée; il faut alors faire une nouvelle application de huit ou dix sangsues : lorsquelles sont tombées, il faut entretenir l'écoulement du sang par les piqûres; et si cet écoulement ne dégorge pas suffisamment le lambeau, il faut faire des scarifications sur toute sa surface avec la pointe d'une lancette; par ces soins, par ce traitement, le gouflement cesse du troisième au quatrième jour, et l'on peut alors retirer avec certitude les points de suture.

Immédiatement après l'opération, le sujet éprouve un frisson qui dure quelquefois une heure; après ce frisson, il se fait une réaction violente, et alors la face devient rouge, l'œil est brillant, presque hagard, et le lambeau commençant à se tuméfier, devient plus chaud. Pour le soustraire à l'action trop vive de l'inflammation, il faut le recouvrir de compresses froides, glacées, jusqu'à ce que l'on fasse la première application de sangsues, après leur chute, il faut recommencer l'usage des compresses froides, et il est important d'en continuer l'emploi jusqu'au moment ou l'on enlève les points de sutures.

Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, la sécrétion cutanée du lambeau peut ne pas se faire régulièrement, parce qu'il se forme une petite croûte grise qui recouvre sa face épidermoïde, et qui empêche l'exhalation. Il faut alors le laver avec une petite éponge et de l'eau de savon blanc afin d'enlever cette pellicule grisâtre. En répétant deux ou trois fois par jour ces petites ablutions, le lambeau devient rosé, et il ne tarde pas à être humide, et humecté d'une légère sueur. Cet état une fois établi, le lambeau se trouve dans les conditions les plus favorables pour continuer à vivre.

Il ne faut se servir des bandelettes agglutinatives qu'à la dernière extrémité, c'est-à-dire lorsqu'il y a de la suppuration, après avoir enlevé les points de suture : on comprend qu'il faut alors tout sacrifier pour maintenir et souder le lambeau.

Lorsqu'on enlève les bandelettes pour changer le pausement, elles laissent souvent sur la peau la partie emplastique, matière grasse qui adhère fortement à l'épiderme, elle se dessèche, et elle forme des croûtes sous lesquelles on ne peut juger de l'état du lambeau. Chez les sujets lymphatiques, elles ont encore d'autres inconvénients; la matière grasse des bandelettes ne tarde pas à irriter la peau mince et transparente de ces sujets; elle l'enflamme, sans symptômes alarmants, et à la levée de l'appareil, on trouve des ulcérations qui fournissent un pus blanchâtre, en très-petite quantité, très-filant, et attaché à l'emplâtre

que l'on vient de détacher. Ces ulcérations sont presque toujours blafardes et circulaires, et sans rougeur sur les bords. Elles guérissent difficilement, et elles s'agrandissent par l'application de toute espèce de cataplasmes. Elles cèdent seulement aux compresses d'eau de plomb et à l'action de la teinture de cantharides.

On voit qu'il est prudent de ne pas se servir de ces bandelettes si généralement employées dans la chirurgie plastique : il n'y a pas de chirurgien qui n'en ait reconnu l'abus et le danger ; tous ont eu à lutter avec les érysipèles quelles développent, ou à combattre des ulcérations dont elles sont l'unique cause, et cependant la plupart s'en servent encore. Telle est la force des anciennes traditions.

Ch. Phillips.

RECHERCHES SUR QUELQUES VARIÉTÉS DE BÉGAIEMENT ET SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE,

Par M. Pétrequin, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

L'introduction récente dans la science d'une opération nouvelle pour le bégaiement, a ouvert une voie de recherches particulières, et appelle le concours des efforts de tous pour éclairer ce sujet important de pathologie.

Et d'abord, il reste peut-être encore plus d'une chose à faire pour mieux systématiser le procédé opératoire, pour l'établir sur des points fixes de ralliement anatomique et l'élever au rang de méthode réglée.

Il reste surtout non-seulement à se rendre plus exactement compte des variétés principales du bégaiement afin de préciser les opérations qui leur conviennent (car la même ne saurait s'appliquer à toutes), mais encore à analyser les divers éléments physiologiques qui les constituent, dans le but de connaître ceux qui sont accessibles à l'action de l'instrument tranchant, comme ceux qui lui sont réfractaires.

Cette note sommaire est destinée à discuter quelques-uns de ces points.

§ I. *Nouveau procédé opératoire pour le bégaiement.* — C'est sur les muscles génio-glosses, qu'agit la méthode française, tandis que la méthode allemande, que le génie de Dieffenbach a créée, porte sur la musculature propre de la langue. J'ai fondé mon procédé sur les bases suivantes :

Disposition anatomique. L'anatomie chirurgicale de cette région montre que c'est en avant, vers le maxillaire, que les génio-glosses

sont le plus facilement et le plus complétement attaquables. On trouve successivement la pointe antérieure du filet et la muqueuse buccale; une couche variable de tissu cellulaire sous-muqueux, et une gaîne spéciale dont, je parlerai plus loin, au-dessous des génio-glosses, en convergeant vers les apophyses géni-supérieures, sont d'abord séparées par une cloison celluleuse fort mince, finissent par dégénérer en tissu fibreux, et s'insèrent par leurs tendons réunis aux éminences précitées. Cette double expansion fibreuse est assez étroite, et jamais son étendue verticale ne m'a paru s'élever à un pouce 27 millimètres), comme le prétend M. Baudens. D'ailleurs la hauteur de la mâchoire elle-même est variable suivant les sujets, de même que la profondeur et la saillie des apophyses géni. A partir de ce point, le muscle s'élargit en marchant vers la langue, et il est bientôt recouvert par l'extrémité de la glande sublinguale, dont il est, je crois, utile d'éviter la lésion. Les deux génio-glosses sont en outre enveloppés dans une gaîne cellulo-fibreuse qui les isole des organes voisins, s'insère autour de leur propre insertion, et les sépare des génio-hyoïdiens dont l'implantation au maxillaire a lieu immédiatement au-dessous. Les artères sublinguales sont à distance.

Procédé opératoire. Je fixe un bouchon entre les arcades dentaires du côté droit. J'explore ensuite la région buccale ; avec le pouce gauche, placé sous la base de la mâchoire, je reconnais les apophyses géni-inférieures, tandis que l'indicateur de la même main introduit dans la bouche, je distingue les supérieures, et mesure ainsi entre mes deux doigts la distance et la forme des organes; c'est un point de ralliement fixe qui régularise l'opération en l'empêchant de rester en deçà, ni d'aller au delà du nécessaire, circonstance importante pour prévenir les accidents consécutifs, inflammatoires et hémorrhagiques.

Cela fait, j'enfonce à gauche et à deux lignes également du frein et du maxillaire, un bistouri à deux tranchants qui pénètre à la profondeur de cinq lignes (11 millimètres) dans la gaîne propre des génio-glosses; j'engage aussitôt dans l'ouverture un crochet mousse spécial qui, par un mouvement de bascule, me sert à embrasser et à tendre l'un et l'autre muscle dont je coupe le tendon avec des ciseaux courbes sur le plat, en rasant la face postérieure de la mâchoire. La section est instantanée, et le crochet dégagé (comme la canule dans la fistule à l'anus), témoigne que l'opération est complète. Elle porte sur tout le génio-glosse et ne porte que sur lui, sans pouvoir se fourvoyer, car on a un guide sûr dans le crochet mousse dont l'introduction est rendue simple et facile par l'exploration indiquée.

Je l'ai fait confectionner avec une double courbure; la première

réside à la pointe de l'instrument, qu'elle recourbe en crochet avec un bec proportionné à la largeur des deux faisceaux musculaires (environ cinq lignes ; la seconde porte sur la tige de l'instrument de manière à croiser la direction de la première, pour que, une fois en place, sa convexité regarde la cavité buccale, et que sa concavité tout antérieure, favorise le jeu des ciseaux entre elle et le corps de l'os. Le but à remplir rend compte du moyen que j'ai employé.

L'exécution du procédé est sûre et rapide ; les apophyses geni-supérieures se trouvent dénudées *en quelques secondes* ; on évite l'extrémité des glandes sublinguales ; on reste en dedans des artères du même nom ; la division ne portant que sur l'expansion tendineuse des génio-glosses enlève jusqu'aux chances d'hémorragies provenant des artères nourricières du muscle ; et *j'ai eu si peu de sang, qu'il n'a pas été nécessaire de s'en occuper*. Je n'ai pas eu besoin de recourir au tamponnement comme les opérateurs de Paris ; ce qui me semble plus favorable pour les suites de ténotomie. L'opération est peu douloureuse ; on peut à l'instant s'administrer la preuve qu'elle est entière et complète, en introduisant l'auriculaire dans la plaie où les apophyses géni sont libres et dépouillées.

Cette note sommaire ne comporte pas la discussion de ce que les procédés connus offrent d'analogue ou de différent ; je dois dire que je suis arrivé à pratiquer sur le cadavre, la section sous-muqueuse des génio-glosses.

§. II. *Des résultats de l'opération ; des variétés du begaiment.*

On peut donner la formule suivante : l'opération par les génio-glosses guérit quelquefois, améliore très-souvent, mais parfois aussi elle produit peu d'effet notable. Tel est le résultat des observations que j'ai faites avec soin sur un grand nombre de bègues ; tous les opérateurs de bonne foi tiendront le même langage que moi. MM. Amussat et Phillips ont fait un aveu analogue. On est conduit *à priori* à conclure que tous les bégaiements, ou mieux encore, que tous les *éléments* de l'affection ne sont pas également influençables par l'opération. C'est là surtout qu'existe la lacune la plus grande dans les écrits récents publiés sur ce sujet ; c'est la voie qui reste à suivre pour arriver à une doctrine régulière sur les différentes variétés de bégaiement, et sur les divers procédés opératoires qui leur conviennent.

Je vais chercher à analyser dans ce but l'observation suivante.

Pierre Denis de Grisoles (Loire), dix-huit ans, ouvrier en soie, entré à l'Hôtel-Dieu le 3 avril 1841 pour un bégaiement dont il est atteint depuis l'âge de deux ans, et qui depuis lors, n'a ni augmenté ni

diminué; il ne sait à quelle cause l'attribuer; il n'a jamais éprouvé la plus légère maladie ; le filet de la langue est un peu plus fort que dans l'état normal. Quand il parle ou qu'il meut sa langue pour la tirer en dehors, il sent une gêne au-dessous de cet organe dont la pointe ne peut dépasser le rebord muqueux de la lèvre inférieure que de quatre ou cinq lignes, et celui de la supérieure que de quatre lignes environ. Du reste, point de vice de conformation de la bouche et de la langue.

En général, il bégaie peu sur les voyelles et les consonnes *qui suivent* immédiatement une ou plusieurs voyelles. Il prononce sans bégayer les lettres de l'alphabet, pourvu qu'il commence par *a* ou par une autre voyelle; s'il commence par une consonne, il hésite beaucoup sur elle, mais une fois qu'il l'a franchie, il dit plus facilement les autres; c'est surtout sur la première syllabe qu'il est embarrassé, cependant il n'est pas rare qu'il soit arrêté au milieu d'une phrase.

Les sens élémentaires sur lesquels il hésite le plus, ont paru être *que* et *gue*, *pe*, *be*, *me*, *ne*, *gne* et *ille*, puis *fe*, *ve*, *le*, *se*, et *ze*, il prononce mieux le *re*. Les mots les plus difficiles étaient : *balbutier*, *caractère*, *dédommagement*, *sensation*. *Pierre Denis*, *je suis du Foret*, etc. Pendant les spasmes de la prononciation, sa langue vient quelquefois s'engager entre ses dents, et l'on observe une contraction spasmodique des lèvres et des ailes du nez qui forment des plis radiés.

Le 4 avril matin, l'opération est faite par le procédé précité en présence de MM. les docteurs Diday, Gubian, Dulin et de plusieurs élèves. Il y a très peu d'hémorragie, mais un commencement de syncope, le malade étant pusillanime. Après l'opération, il prononce sans hésitation quelques mots sur lesquels il bégayait avant, tels que *Pierre Denis*, etc., mais il hésite encore un peu sur *que*, *gne*, et un peu aussi sur quelques labiales. En examinant la bouche, on voit que le plan de la langue est légèrement penché à droite, et que sa pointe est aussi un peu déviée du même côté. Je coupe encore quelques fibres celluleuses, mais la déviation persiste presque au même degré ; je m'assure que les apophyses sont dénudées, l'hémorragie est facilement arrêtée à l'aide de gargarismes d'eau froide. Le soir, pas d'inflammation, il parle assez bien. Le 5, idem., la plaie a très-peu d'étendue ; les deux tendons des génio-glosses paraissent comme deux points blancs, et sont écartés en arrière du maxillaire d'environ deux lignes et demie (5 millimètres). Il parle sensiblement mieux que la veille, mais commence à sentir une douleur dans les régions sous-maxillaire et parotidienne gauche (onctions avec le cérat opiacé, coton cardé). 6. Nuit pénible, sans sommeil, la douleur augmente ; il ne veut pas parler, rien d'anor-

mal dans la bouche (10 sangsues sur le point douloureux, cataplasmes, pédil. synapisé). 7. Les mouvements de la langue sont pénibles et douloureux, le soir, les deux tendons des génio-glosses sont couverts de bourgeons charnus et paraissent comme deux tubercules rouges (cataplasme laudanisé). 8. Il se trouve mieux, commence à parler (cataplasme, bouillon). 9. La douleur a presque complétement cessé, la plaie est très-étroite et peu profonde. La langue est toujours un peu penchée à droite, et sa pointe portée du même côté. Il parle facilement et ne bégaie plus qu'un peu sur les gutturales. Il sort en bon état le 11 avril. Les trois derniers jours, il était si heureux d'être guéri qu'il ne cessait de parler du matin au soir.

Essayons d'analyser les phenomènes élémentaires qu'on trouve dans ce fait que nous pouvons prendre pour type; car j'ai bien souvent répété les mêmes observations sur un bon nombre de bègues.

Le bégaiement est une affection très-complexe, comme on peut s'en convaincre dans le lumineux article de M. Magendie (*Dict.* en 15 vol.); les organes qui composent l'appareil phonateur, sont multiples et non moins variés dans leur siége que dans leur mode d'action. Dès lors on peut conclure *à priori* qu'une opération, toujours la même, ne peut vaincre toutes les espèces de psellisme, en ne s'adressant qu'à un seul muscle. Ici les indications sont encore à poser.

Or, que fait la section des génio-glosses? Remarquons d'abord que les professeurs de déclamation ont parfaitement démontré que les lettres que les grammairiens ont nommées *labiales*, *dentales*, etc., ne se renferment pas toutes exclusivement dans ces catégories. L'observation du mécanisme de l'articulation des sens confirme cette manière de voir.

Pierre Denis hésitait beaucoup sur *de* et *te*; la langue ne pouvait abandonner les arcades dentaires qu'elle ne doit que frapper dans ce cas; mêmes difficultés pour *be* et *pe*, où elle venait intempestivement se loger entre les dents, tandis qu'elle doit laisser libre l'ouverture buccale pour permettre aux lèvres de formuler le son. Des remarques analogues s'appliquent à la prononciation de *fe*, *ve*, *me*, *ne*, etc., où les organes étaient bridés en avant et en bas. Les sifflantes *se*, *ze*, qui exigent une certaine agilité dans la disposition linguale se trouvaient dans le même cas. Une conséquence naturelle de ces prémisses, était l'embarras à dire *je*.

Dans la plupart de ces sons, c'est surtout dans la partie libre et mobile de la langue que réside la difficulté de coordonner les phénomènes de la phonation. Déjà, pour plusieurs d'entre eux, sa base vient agir simultanément, et ici le mécanisme des résultats se complique; il

en est aussi un certain nombre où l'isthme du gosier paraît être la portion spécialement agissante de l'appareil vocal ; les gutturales *que*, *gue*, doivent appartenir à cet ordre, et alors la rétraction antérieure de la langue peut bien augmenter l'hésitation, mais comme elle ne la constitue pas à elle seule, elle ne saurait, après l'opération, disparaître complétement, s'il coexiste un spasme de cette région ; l'expérience confirme en cela les prévisions de la théorie; c'est un fait que j'ai constaté sur divers opérés qui n'ont pas guéri. Et peut-être est-ce surtout dans des psellismes de ce genre qu'a pu réussir l'opération de M. Jearsley de Londres, qui excise la luette et les amygdales, et dont les résultats sont inexplicables dans toute autre hypotèse. J'ajouterai que les bègues, chez qui il existe un spasme des muscles extriusèques du larynx et de l'appareil inspirateur du thorax, ont, en général, retiré peu de bénéfice de la ténotomie sublinguale. Ces remarques critiques[1] s'adressent mieux encore au psellisme qui reconnaît une cause plus élevée dont le siége est dans l'encéphale. Ainsi, on m'a récemment amené un adulte, affecté d'un bégaiement qui était lié à une sémi-paralysie de la langue, suite d'une affection cérébrale, dont l'influence avait porté également sur un des membres thorachiques ; je n'ai pas cru devoir l'opérer. Que pouvait-on obtenir? On ne guérit pas la paralysie d'un muscle par la section de son congénère ou de son antagoniste, ce sont là des distinctions fondamentales sur lesquelles on ne saurait trop insister sur les tendances actuelles. Or, que fait la ténotomie des génio-glosses? Elle me paraît agir de deux manières, 1° d'abord elle exerce une influence empirique qui modifie l'action nerveuse de l'appareil phonateur comme on le voit aussi dans les spasmes du globe oculaire, des paupières, etc. ; 2° elle permet à la langue d'exécuter ses mouvements en avant et en haut d'une manière normale et régulière ; comme conséquence, les mouvements en arrière sont aussi facilités; de là un changement dans la prononciation comme je l'ai expliqué plus haut ; seulement il ne faut pas demander à l'opération plus qu'elle ne doit fournir, ni lui faire promettre plus qu'elle ne peut tenir. Les développements dans lesquels je suis entré sur le mécanisme de l'articulation des sens, rendraient sans doute superflus de plus amples détails qui s'offriront d'eux-mêmes comme corollaire de ce qui précède.

J'ai été conduit à ces recherches et favorisé dans leur analyse par les études antérieures auxquelles je me suis livré sur la physiologie de

[1] J'ai insisté sur ces distinctions fondamentales, dans une note parvenue à l'Académie des Sciences le 10 mai 1841. (Voyez la Gazette médicale du 15 mai 1841, et l'Esculape du 16 mai 1841.)

l'appareil phonateur ; nous avons, M. Diday et moi, adressé (1840) à l'Académie des Sciences dans notre *Mémoire sur une nouvelle espèce de voix chantée*, un premier résultat de nos expériences communes sur ce point, expériences que nous avons poursuivies sur le *mécanisme du fausset*. J'ai depuis appliqué la méthode expérimentale à l'examen du bégaiement ; je désire être arrivé à quelques conclusions utiles et précises. Je dirai en terminant que j'ai exposé ces idées à la Société de médecine de Lyon dans la séance du 19 avril dernier, où elles ont été appuyées.

J. E. Petrequin.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR LA PRÉPARATION D'UN SIROP D'ANÉMONE PULSATILLE.

Des divers produits pharmaceutiques qui résultent des traitements que l'on fait subir à l'anémone pulsatille, un seul mérite d'être conservé, c'est l'extrait aqueux du Codex, qui diffère essentiellement de ceux que l'influence d'une forte chaleur a rendu tout à fait inerte. La prompte altération qu'éprouve l'hydrolat, peut justifier suffisamment l'abandon que l'on doit faire de ce médicament infidèle et le peu de cas que les praticiens en ont fait jusqu'à présent. On peut même dire que l'extrait lui-même ne mérite de la confiance qu'autant que les soins les plus minutieux ont présidé à sa préparation, tant est fugace et volatil le principe actif des renonculacées en général, et en particulier des anémones. Or, il est peut-être à craindre que les conditions rigoureuses qu'exige cette opération ne soient pas toujours observées religieusement, par cette raison bien simple que tous les pharmaciens n'ont pas une étuve à leur disposition, ou peut-être même par d'autres motifs qu'il convient de passer sous silence.

En appréciant à leur juste valeur les propriétés actives des anémones, on voit avec regret l'abandon qu'ont fait les praticiens de cette classe de végétaux, malgré les faits qui établissent ses propriétés. Néanmoins, comme il est à présumer qu'il est des hommes qui savent rendre justice aux assertions positives des expérimentateurs honorables dont le nom de Storek garantirait au besoin la bonne foi, il peut paraître convenable d'introduire dans la thérapeutique un médicament qui présente plus de garanties que ceux dont elle a disposé jusqu'à ce jour. Ainsi donc, dans le dessein de mettre à profit les vertus des plantes

qui font le sujet de cette note, et pour en venir à ce but, il est tout naturel de penser qu'il ne faut nullement recourir à l'action de la chaleur; or, rien ne paraît mieux répondre à ce besoin que le mode que j'ai adopté pour la préparation suivante, dont les principes reposent sur la connaissance intime que nous avons de la grande altérabilité de la pulsatille, aussi bien que sur son action puissamment médicatrice.

Prenez :	Suc non dépuré de pulsatille. . .	125 grammes.
	Sucre en poudre grossière. . . .	250

Faites fondre le sucre à froid, dans un vase bien clos, pour obtenir de sirop 375 grammes, représentant un poids égal de coquelourde fraîche.

Ajoutez à ce produit sirop de sucre, 1 kil. 125 grammes, pour réaliser, par mélange intime, un total de 1500 grammes, soit de quarante-huit onces, que vous filtrerez au papier dans un entonnoir de verre couvert.

C'est en mai, et au moment de la floraison, plutôt qu'en avril, que doit être faite cette opération, qui réclame du reste de grandes précautions de la part de l'homme de l'art, sous peine des accidents qui résultent ordinairement des émanations de la matière âcre volatile des anémones (anémonine de Héyer, qui est très-probablement l'acide anémonique de Schwartz). Au surplus, il n'importe pas moins, dans l'intérêt du médicament lui-même, de mettre la plus grande célérité dans le mélange du suc et du sucre, cette volatilisation n'ayant plus lieu lorsqu'on a effectué cette association, il n'y aurait qu'une température élevée qui pût la déterminer, la matière sucrée tenant l'anémonine suffisamment enchaînée pour qu'elle ne puisse s'échapper au dehors à la température de l'atmosphère.

Pour pousser plus loin les précautions, on devrait peut-être se dispenser de filtrer le sirop, mais aussi il faudrait se résoudre à avoir un produit d'un coup d'œil peu flatteur et d'ailleurs susceptible d'une prompte altération, tandis qu'en usant du filtre on lui donne les caractères propres aux sirop de bonne nature, sans nuire sensiblement à ses propriétés, la chlorophylle qui reste sur le filtre me paraissant tout à fait étrangère aux principes actifs de la plante. En effet, lorsque par plusieurs lavages on a dépouillé cette matière de toutes les parties olubles qu'elle avait pu retenir, on reconnaît qu'elle est peu sapide et qu'elle ne participe nullement de l'âcreté de la plante.

A défaut de l'*anemone pulsatilla*, on peut avoir recours, sans aucun scrupule, à l'*anemone pratensis*, l'une et l'autre, peu différentes par leurs attributs botaniques, jouissant absolument des mêmes propriétés médicales.

Trente-deux grammes (1 once) de sirop sont la représentation à peu près exacte de huit grammes (2 gros) d'anémone pulsatille fraîche, de deux grammes et demi de suc, et de vingt centigrammes (4 grains) d'extrait sec.

On doit prendre ce saccharolé, étendu d'un liquide approprié, depuis quatre grammes jusqu'à seize, dans l'espace de vingt-quatre heures. On ne pourrait se permettre d'en porter la dose à vingt-quatre ou trente-deux grammes, qu'après avoir bien reconnu l'insuffisance d'une dose moindre. En usant de ces précautions, on ne peut rien avoir à redouter de son usage. Il faut se rappeler d'ailleurs que Storck, qui commençait l'emploi de l'extrait à la dose d'un grain ou deux par jour, ne craignait pas d'aller progressivement jusqu'à celle de vingt, mais il convient aussi de bien faire observer que son extrait ne jouissait pas de toute l'énergie de la plante, tandis que ce sirop doit la posséder entièrement.

Émile Mouchon.

NOTE SUR LA PRÉPARATION DE LA CRÈME DE TARTRE SOLUBLE.

Par M. Lepage, pharmacien à Gisors.

Le *Codex* et les traités de pharmacie prescrivent, pour préparer la crème de tartre soluble, de se servir d'une bassine d'argent, vase très-convenable sans doute, mais qui malheureusement figure rarement aujourd'hui parmi les ustensiles des modestes laboratoires des pharmaciens. A défaut d'une bassine d'argent, de quel vase devra donc se servir le pharmacien qui voudra préparer de la crème de tartre soluble? Sera-ce d'un vase de fer? Assurément non; car il ne ne pourrait pas espérer d'obtenir un produit blanc et exempt de ce dernier métal. Sera-ce d'un vase de cuivre? Plusieurs fois je m'en suis servi étant élève, et j'ai toujours remarqué que le produit que j'obtenais avait une teinte légèrement verdâtre, ce qui m'avait naturellement porté à soupçonner l'existence du cuivre : cependant, soit que la quantité de ce métal y fût extrêmement minime, soit qu'alors (ce qui est plus probable) je ne susse pas bien me servir des réactifs, je ne pouvais y déceler la présence du cuivre, ni par une lame de fer décapée, ni par le cyano-ferrure de potassium, ni par l'ammoniaque, etc.; malgré cela je n'en conservais pas moins toujours des doutes sur la pureté du produit.

Ayant eu besoin, il y a quelques mois, de préparer ce produit pour l'usage de ma pharmacie, je me servis, comme je l'avais déjà fait plusieurs fois ailleurs, d'une bassine de cuivre, et j'obtins comme d'habi-

tude un très-beau produit; mais encore avec une teinte légèrement verdâtre. L'ayant soumis à de nouvelles investigations, je ne tardai pas cette fois à y découvrir l'existence du cuivre. En effet, une dissolution de cette crème de tartre faite dans l'eau distillée et additionnée de potasse caustique, jusqu'à ce qu'elle n'ait plus eu qu'une légère réaction acide au papier de tournesol, puis filtrée à travers une couche de verre pilé donnait :

1° *Par le cyanure ferroso-potassique*, un précipité brun marron;

2° *Par l'ammoniaque*, rien;

3° Une lame de fer décapée, plongée dans cette solution se recouvrait bientôt de cuivre métallique.

D'où je dus conclure qu'évidemment la teinte verdâtre du tartrate borico-potassique préparé dans un vase de cuivre, était due à la présence de ce dernier métal; que l'emploi de ces vases pour cette préparation était dangereux, et qu'il fallait y renoncer.

Je dus alors chercher l'emploi d'un vase d'un prix peu élevé et avec lequel il fût possible d'obtenir un produit pur et également beau. J'ai employé successivement les vases de terre ordinaire, de porcelaine transparente et de celle opaque dite porcelaine *hygiocérame*, et j'ai reconnu que cette dernière terre devait être préférée. A la vérité les capsules de porcelaine hygiocérame ont l'inconvénient de se fendiller intérieurement à la première impression du feu; mais il n'en est pas moins vrai qu'elles ont la propriété de résister longtemps à l'action de cet agent. Bref, j'ai vu qu'il était aussi facile, en ménageant convenablement le feu, de conduire à fin l'opération dans une capsule faite de cette terre, que dans un vase métallique.

J'ajouterai, en terminant, qu'on obtient un produit plus beau et plus pur, lorsqu'on a le soin de filtrer, une fois la dissolution de crème de tartre et d'acide borique opéré.

DE LA FALSIFICATION DU SAFRAN.

M. Meinier a signalé à la société de pharmacie un moyen que la fraude emploie pour la falsification du safran, et qui consiste dans le mélange de pétales convenablement préparées du *calendula arvensis*, dont il a envoyé des échantillons.

M. Guibourt, qui avait déjà eu occasion de remarquer cette fraude, donne les moyens suivants pour la reconnaître : Il suffit d'étaler une petite quantité du safran qu'on veut acheter sur une feuille de papier,

et de l'examiner attentivement avec la loupe et même à la vue simple. En admettant que les trois stigmates qui le composent soient isolés du style qui les réunissait, état qui le rapproche de l'isolement des demi-fleurons du souci, on reconnaîtra toujours le safran à sa forme *d'un tube creux, conique, terminé en pointe, filiforme par un bout, tandis que l'autre extrémité est évasée en cornet* et frangée sur le bord. Il est complétement glabre dans toutes ses parties.

Les languettes du calendula arvensis sont *planes, à paroi simple et non tubuleuse, presque linéaires, c'est-à-dire qu'elles conservent sensiblement la même largeur dans toute leur étendue*. La partie tubuleuse du demi-fleuron, quand elle existe, est cependant plus rétrécie que le reste; mais cette partie est ordinairement très-courte; elle est bien loin d'offrir la ténuité capillaire de la base du safran; enfin elle est veluc. La languette du souci offre en outre deux nervures proéminentes, longitudinales parallèles, plus colorées que le limbe, et qui partagent celui-ci en trois parties à peu près égales. Je pense qu'à l'aide de ces différents caractères, il sera toujours facile de distinguer le véritable safran de celui falsifié avec le *calendula arvensis*.

SUR UNE MAUVAISE ESPÈCE DE SANGSUES.

M. Viuot signale dans le Journal des connaissances médicales une fraude qui se commet en ce moment, par le mélange de sangsues de qualité inférieure avec la sangsue officinale, dont on parvient ainsi à abaisser le prix d'une manière factice et préjudiciable aux malades. Cette fraude s'opère au moyen de deux espèces de sangsues dites *bâtardes*, l'une blonde et l'autre brune : ces deux espèces se pêchent dans les environs de Nantes, il s'en trouve aussi aux environs de Poitiers, Niort, La Rochelle et Bordeaux. La brune est noire sur le dos, d'un vert terne et légèrement tachée de pointes noires sous le ventre; elle porte des lignes longitudinales peu apparentes, excepté (et c'est le caractère le plus précis) sur les deux côtés où elle a une raie jaune. La blonde porte sur le dos les raies de la grise officinale, le dessous du ventre est d'un vert terne et dépourvu de taches noires, elle est marquée, comme l'espèce précédente, de lignes jaunes sur le côté. Ces deux espèces de sangsues piquent difficilement la peau, et le peu qui prend ne tire presque pas de sang.

M. Guibourt, qui a étudié cette nouvelle espèce avec sa sagacité ordinaire, lui trouve toutes les apparences extérieures des bonnes sangsues; elles ont la même couleur, le même aspect; comme elles, elles

forment l'*olive*, quand on les presse dans la main ; mais il ne leur a pas trouvé les mâchoires triangulaires si apparentes que chez les sangsues officinales, et elles paraissent incapables de succion. Aussi, au lieu de rester au repos suspendues par les deux bouts comme on le remarque chez ces dernières, c'est seulement par l'extrémité postérieure qu'on les voit suspendues.

Ces sangsues n'ont aucune espèce de valeur intrinsèque, cependant on les achète dans le commerce de 120 à 140 francs le mille, pour les mêler aux bonnes sangsues et pouvoir offrir ces dernières au rabais comme le font certains marchands.

ANALYSE DE L'EAU DU PUITS FORÉ DE GRENELLE.

D'après l'analyse que vient de faire M. Payen de l'eau du puits artésien de Grenelle, cette eau contient sur 100,000 parties.

Carbonate de chaux.	6, 80
Carbonate de magnésie. . . .	1, 42
Bicarbonate de potasse.	2, 96
Sulfate de potasse.	1, 20
Chlorure de potassium. . . .	1, 09
Silice.	0, 57
Substance jaune.	0, 02
Matières organiques azotées. . .	0, 24
	14, 30

Cette composition, comparée à celle de l'eau de la Seine, montre que l'eau du puits de Grenelle ne renferme pas de sulfate de chaux, comme celle-ci, et contient d'ailleurs environ moitié moins de sels calcaires. Elle mérite donc de lui être préférée dans une foule de circonstances.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de matière médicale et de thérapeutique, par MM. Trousseau et Pidoux ; *deuxième édition, revue et entièrement refondue.* 2 *vol. in*-8°, *Paris. Béchet et Labé*, 1841.

Les difficultés qui appartiennent à la classification de la matière médicale se font encore sentir dans cette nouvelle édition. L'ordre d'exposition suivi dans la première a cependant subi quelques changements,

mais ils sont loin d'être suffisants. Au lieu de commencer par les anti-spasmodiques, l'ouvrage de MM. Trousseau et Pidoux s'occupe en premier lieu des médicaments qui portent primitivement leur action sur la plasticité du sang, soit qu'ils la restaurent, soit qu'ils l'augmentent, ainsi que le font les préparations ferrugineuses et astringentes; soit qu'ils l'affaiblissent ou l'altèrent comme on l'observe après l'usage du mercure ou de la saignée. Après les modificateurs, viennent les médicaments, qui portent primitivement leur influence sur l'innervation pour la fixer ou l'actionner, ainsi le quinquina et les stimulants, ou pour la modérer et la calmer, par exemple, l'opium et le froid. Quant aux autres agents, et ils sont nombreux, les auteurs avouent qu'il est difficile dans l'état actuel de la science de les ranger dans des classes bien déterminées.

La plupart des nombreux articles qui composent ce volumineux et intéressant ouvrage méritent des éloges pour le soin qui a présidé à leur rédaction. Nous pourrions citer particulièrement les mots fer, mercure, camphre, musc, etc., etc. L'article antiphlogistique a subi d'heureuses modifications.

Les préparations antimoniales, considérées comme moyen contre-stimulants, sont convenablement étudiées. Cependant après avoir été exaltées trop haut dans la première édition, les antimoniaux insolubles ne sont peut-être pas appréciés dans celle-ci à leur juste valeur, leur action ne saurait être toujours niée, car ils ralentissent aussi quelquefois la circulation, et il est positif que, dans quelques cas d'irritation des viscères abdominaux qui compliquent certaines pneumonies ou certaines bronchites capillaires, on les substitue avec avantage au tartre stibié donné à haute dose. Quand à ce dernier, nous partageons entièrement l'avis de MM. Trousseau et Pidoux : c'est seulement alors qu'il agit sans produire d'évacuation sensible qu'il est utile dans la pneumonie inflammatoire. Ce grand fait de thérapeutique est un de ceux qui ont le plus donné à réfléchir sur la théorie de l'irritation et sur l'usage de la saignée uniquement proposée pour la combattre. L'émétique suivi d'évacuation a un tout autre mode d'action. Ces vérités ne sauraient être trop souvent redites. Les élèves et les praticiens eux-mêmes liront avec fruit et intérêt plusieurs excellents articles de l'ouvrage de MM. Trousseau et Pidoux.

Théorie de la phlogose de J. Rasori, *traduction de* M. Sirus Pirondi. Deux vol. in-8°; *Paris,* Baillière, 1839.

L'influence que les opinions et les travaux de Rasori ont eue sur la

science et la pratique médicales, donne de l'importance à tous ses écrits. En publiant une traduction de l'un des ouvrages de ce célèbre médecin, M. Pirondi a donc bien mérité de la science. Il ne s'agit ici, il est vrai, que de la *théorie* de la phlogose, et chacun sait combien elle a varié et combien sans doute elle variera encore; mais au milieu de cette théorie, l'on trouve, çà et là disséminés, des faits qui auront dans tous les temps une valeur incontestable. Au reste, Rasori ne se dissimule pas la différence qu'il faut admettre entre la théorie et la pratique; aussi dit-il, page 7 : « Traiter la phlogose comme maladie est une chose; connaître la phlogose dans sa qualité de fonction morbide de la partie enflammée, en est une toute différente. » Plus loin, l'auteur examine le sang dans l'état normal et dans l'état inflammatoire, puis il expose les différentes opinions émises sur le réseau vasculaire inflammatoire, etc. Il appartenait à Rasori de s'occuper de ces recherches, lui qui eut la gloire d'ouvrir une nouvelle voie au traitement de l'inflammation. Sans doute quelques-uns des moyens qu'il mit en usage rapprochent sa doctrine de celle de Brown; mais, ce rapprochement à part, on peut dire qu'en faisant connaître l'action spéciale et antiphlogistique du tartre stibié à haute dose, le médecin italien a mis en circulation dans la science l'une des données qui a eu le plus d'importance sur l'examen de la doctrine de l'irritation, ce qui a fait faire à la thérapeutique un retour qui ne pourra que lui être avantageux. La lecture de sa *Théorie de la phlogose* fera voir que ce praticien s'occupait aussi avec avantage des idées spéculatives en vogue à son époque.

Éléments de matière médicale et de thérapeutique, par M. CAFFIN; *in-8° de* 339 *pages*. Ébrard, 1840.

L'auteur de ce volume a voulu baser sa thérapeutique sur la pathologie, et, comme cette dernière science est loin de présenter une classification satisfaisante, il a voulu d'abord remplir cette lacune. Nous doutons que ses tentatives soient les dernières que l'on fasse sur ce sujet.

A la page 161, l'auteur entre en matière; la thérapeutique, selon lui, se partage en deux parties bien distinctes, que l'on ne peut confondre sans courir les risques de tout embrouiller; 1° il lui faut d'abord les moyens, c'est la pharmacologie ou pharmacie qui les lui donne; 2° il faut connaître l'action des substances médicamenteuses sur nos organes. « Leurs actes, non ordinaires à l'homme, tous aveugles, forcés, nécessaires, dépendants de l'impressionnabilité et des effets que les corps portent sur l'économie, forment des espèces de maladies artifi-

cielles, auxquelles il ne manque que l'intensité ou la durée de l'application des agents pour être ce que sont celles qui remplissent le cadre de nos nosologies. C'est ce que l'on a appelé *médications.* » Cette théorie, poussée plus loin par l'homœopathie, qui veut combattre ces états les uns par les autres, est déjà exagérée quand on prend l'acception, soutenable cependant, que lui donne notre auteur. Nous ne pensons pas que l'on puisse considérer les *médications* comme des *maladies artificielles;* là, en effet, où les agens médicamenteux produisent ce que l'on pourrait appeler maladie, il y a accident et besoin de remède. La médication ne s'entend généralement que de la modification organique, fonctionnelle, altérante ou sensible que les médicaments occasionnent dans l'économie au profit de la terminaison favorable des maladies; ainsi agissent les médications tonique, émolliente, purgative, etc. Plus loin, nous devons le dire, l'auteur ne s'éloigne plus de ces idées simples et généralement admises.

On trouvera peut-être quelques considérations utiles dans ses médications des organes végétaux et des organes animaux; mais le reproche général que l'on peut adresser à l'auteur, c'est de ne pas présenter d'utilité dans les divisions nouvelles qu'il cherche à introduire dans sa thérapeutique, sujet qu'on ne saurait traiter d'une manière véritablement utile qu'en se rattachant d'une manière claire et nette à la pratique de l'art.

Éléments d'hygiène de Thouvenel, publiés par le docteur MENESTREL; 2 vol. in-8°. Germer Baillière, 1840.

Cette nouvelle édition de l'hygiène de Thouvenel, enrichie d'un éloge qui nous fait connaître à la fois le savant et le député, premier auteur de l'ouvrage, renferme en outre des aperçus nouveaux et quelques corrections utiles. Dans le chapitre de ce livre, qui traite des aliments, l'auteur a fondé sa classification sur le principe dominant de chacun d'eux. Pour lui, ces principes sont au nombre de six : le butireux, le caséeux, le séreux, l'albumineux et le fibrineux. On pourrait se demander d'abord si le principe séreux occupe là une place qui lui soit due. On s'aperçoit bientôt qu'il n'en est pas ainsi, car il n'en est plus question ailleurs qu'à l'occasion du lait, dont il est un des matériaux constituants, mais le moins nécessaire sous le rapport de l'alimentation. On trouve, à la page 227, quelques bonnes remarques sur l'usage si répandu et si utile du lait. Néanmoins ce chapitre méritait quelques considérations de plus : par exemple, les expériences microscopiques

faites dans ces derniers temps devaient trouver leur place dans un ouvrage publié en 1840, soit qu'on blamât, soit qu'on approuvât leurs résultats.

On trouve dans le second volume l'indication des soins hygiéniques que réclament les sens, puis ceux qui sont applicables aux fonctions génératrices, à la nourrice et à l'enfant nouveau-né. L'auteur rappelle, à cette dernière occasion, l'influence que les belles pages du citoyen de Genève ont dû avoir sur la propagation de l'allaitement maternel. Ces divers chapitres ne brillent point par des aperçus nouveaux; ils exposent à peu près au lecteur l'état actuel de la science.

Enfin, après avoir donné une théorie des *droits* de l homme, après s'être occupé aussi de ses *devoirs*, et fait connaître les moyens d'améliorer la vie physique et la vie intellectuelle, l'auteur termine son deuxième et dernier volume par l'exposition de ses propres idées sur la *forme gouvernementale*. D'après lui, page 321, c'est par des moyens pacifiques que doit s'opérer la réforme politique, surtout si l'on tient à ce qu'elle soit durable. Beaucoup d'autres bonnes opinions se rencontrent encore dans ce chapitre de sept à huit pages.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Ulcérations syphilitiques de la gorge et du nez, rebelles pendant plus de vingt ans à une infinité de moyens pharmaceutiques et chirurgicaux et complétement guéries en vingt jours par l'iodure de potassium.

Aujourd'hui que le règne des faits a victorieusement remplacé les divagations systématiques, il n'est plus dans l'esprit de personne de nier la spécificité du mercure dans les accidents secondaires de la syphilis constitutionnelle. La pratique avait néanmoins un pas important à faire, car ce précieux médicament n'avait plus la même vertu lorsqu'il s'agissait de combattre les accidents tertiaires qui constituent comme le troisième âge de cette maladie. Il appartenait à M. Ricord, de constater la lacune, et de la remplir. Ce praticien judicieux et sagace a démontré, en effet, que le mercure tout-puissant contre les accidents secondaires de la syphilis, cessait de l'être contre les accidents tertiaires, par la raison qu'à sa troisième période, la syphilis ayant perdu sa physionomie spéciale pour subir une dégénérescence scrofuleuse, ne saurait céder alors qu'à la vertu des préparations iodurées,

où pour reproduire ici la formule de ce maître : « parce qu'à mesure que la syphilis se transforme, le mercure perd de son action pour la concéder tout entière à l'iode.

» Je suis tellement persuadé, dit M. Ricord, de l'efficacité des préparations iodurées dans le traitement des accidents tertiaires, leur administration est suivie de si heureux résultats, que je ne crains pas de les proposer comme spécifiques de cette période de la syphilis constitutionnelle, et peut-être comme prophylectique de ces mêmes accidents, alors qu'on a fait disparaître par un traitement mercuriel les accidents secondaires. Mes succès ont été déjà si nombreux, si constants, que je ne crains plus de promettre la guérison et une guérison souvent rapide des désordres qui, il y a quelques années, faisaient mon désespoir. (*Bull. de Thérap.*, t. XIX, p. 22.)

Lecteur de ce journal, j'ai profité comme je le devais, des précieux préceptes de M. Ricord, et j'ai la satisfaction de devoir à l'application que j'avais faite à un de mes malades, une des plus remarquables guérisons que l'on puisse obtenir. Je remplis un devoir envers la science et envers mes confrères en la rapportant ici.

M. X...., doué d'une bonne constitution, fut atteint en 1818, après un coït suspect, d'un écoulement blennorrhagique, qui se dissipa en peu de temps sans remèdes. Un ou deux ans après, il éprouva des maux de gorge, des douleurs aux extrémités inférieures qui coïncidèrent avec une éruption de taches cuivrées à la peau, symptôme non équivoque de vérole constitutionnelle. Le médecin ordinaire, méconnaissant la cause et la nature du mal, se contenta d'opposer à ces symptômes morbides un traitement purement antiphlogistique. Cependant le mal prit un accroissement rapide et concentra son activité sur la langue, le voile du palais et le larynx, au point, qu'en 1830, lorsque le malade consulta mon frère, aujourd'hui docteur en médecine, à Avignon, il lui dit être affecté, suivant son médecin, d'une phthisie laryngée. La langue était comme tailladée profondément en différents sens, les amygdales, le voile du palais, la partie postérieure et supérieure du pharynx étaient le signe d'ulcération nombreuses. La cloison des fosses nasales offrait une perforation de trois à quatre lignes de diamètre, il y avait de plus, des douleurs ostéocopes et des syphilides à la peau. Le muriate d'or et de soude fut administré de diverses manières, et sous l'influence de ce sel poussé jusqu'à douze grains les syphilides cutanées disparurent, les douleurs des membres inférieurs se calmèrent, mais les ulcérations de la gorge demeurèrent stationnaires.

M. le docteur Aubenas, de Montélimart, conseilla de remplacer les préparations aurifères par le sublimé à petites doses ; il occasionna des

coliques qui nous obligèrent de le suspendre. Plus tard, un cautère fut appliqué à la nuque, et l'écoulement de ce fonticule rendit les maux de gorge beaucoup plus rares. Les douleurs des jambes térébrantes et s'exaspérant pendant la nuit, devinrent le symptôme prédominant. Le malade alla prendre les eaux thermales de Bagnols et en éprouva un soulagement bien sensible, mais de peu de durée. Quelque temps après, les douleurs ostéocopes reparurent avec beaucoup plus d'intensité et ne cédèrent qu'à l'emploi de l'acétate de morphine appliqué selon la méthode endermique.

M. X... me fit appeler en 1837. Je reconnus l'existence d'une ulcération supreficielle à la membrane pituitaire et d'une autre à la voûte palatine, dont je parvins à obtenir la cicatrisation par l'usage interne du proto-iodure de mercure associé à l'extrait gommeux d'opium, et par plusieurs cautérisations successives avec le nitrate d'argent. Cette cure palliative ne se maintint que jusqu'au mois de novembre, où l'apparition d'un nouvel ulcère à la cloison du nez réclama le même traitement, et ne guérit qu'après avoir détruit en totalité le cartilage médian.

En mars 1838, la surface du nez, qui ne s'était jamais dépouillée de cette rougeur lie de vin dont elle était marquée lors de ma première visite, fut subitement envahie à gauche par un ulcère dont les bords, taillés à pic et le fond blafard, eussent suffi, sans le secours des signes commémoratifs, pour trahir la nature et la cause du mal. Le proto-iodure de mercure fut donné graduellement depuis 3 jusqu'à 18 centigrammes par jour, et en trois mois le malade en eut consommé 16 grammes sans en ressentir le moindre inconvénient. L'ulcération fut cautérisée tantôt avec le nitrate acide de mercure, tantôt avec l'acide hydrochlorique, et pansé avec la pommade de calomel jusqu'à formation de bourgeons charnus où l'on substitua à la cautérisation le simple pansement avec la charpie imbibée d'une solution de chlorure d'oxyde de sodium selon la méthode de Lisfranc. Ce traitement fut suivi au bout de trois mois d'une cautérisation complète des plaies; mais la rougeur insolite du nez et l'induration des tissus se montrèrent constamment réfractaires.

L'apparition des froids rigoureux de l'hiver de 1839 provoqua encore une récidive de l'ulcère sur le dos et l'intérieur du nez. J'eus recours à la même médication interne et locale pendant deux mois, au terme desquels, croyant devoir attribuer l'inefficacité de mes remèdes à une saturation mercurielle, je leur substituai, sans beaucoup de succès, les préparations d'or à l'intérieur et les lotions de la plaie avec l'iode caustique de Lugol. Semblable à l'hydre de la fable, l'ulcère guérissait d'un côté pour reparaître de l'autre, laissant toujours après

lui d'horribles pertes de substance. C'est dans cet état vraiment désespérant que je conseillai à M. X... (août 1839) d'aller à Montpellier réclamer les lumières d'un praticien plus instruit et plus expérimenté. Le savant professeur de l'école auquel je l'adressai venait d'obtenir quelques cures d'ulcères invétérés et rebelles de la face par l'application répétée du cautère actuel, et ce fut ce moyen excessivement douloureux qui fut proposé à notre malade, disposé à acheter sa guérison à tout prix. Plus de quatre cautérisations furent pratiquées dans moins de douze mois; sous l'influence du feu, la surface des plaies fut souvent heureusement modifiée et même quelquefois en voie de cicatrisation, mais jamais complétement guérie. M. X... revint de Montpellier dans un état pire de mutilation. L'ulcération, conjointement avec le feu, avait détruit la totalité du nez et une bonne partie de la lèvre supérieure. Moi-même, cédant aux sollicitations du malade et du professeur, je portai quatre fois le fer rougi à blanc sur cette énorme plaie sans aucun amendement notable.

C'est alors que frappé des succès merveilleux que le docteur Ricord venait d'obtenir de l'emploi de l'iodure de potassium, dans le traitement des altérations de la gorge, et bien convaincu que, signé par un auteur aussi recommandable, l'article du *Bulletin de thérapeutique* ne pouvait être que l'expression de la vérité, je n'hésitai pas à proposer ce remède héroïque à M. X... et à lui faire suspendre toute autre espèce de médicament. Conformément aux préceptes de M. Ricord, 1 gramme d'iodure de potassium fut prescrit à prendre en vingt-quatre heures, délayé dans un demi-litre de tisane de saponaire, et les ulcères furent lotionnés avec la préparation suivante formulée par l'auteur.

Prenez : Eau distillée. . . . . 250 grammes.
Iodure de potassium. . . 1 gramme.
Teinture d'Iode. . . . 4 grammes.

A peine le malade eût-il consommé sans aucun trouble des fonctions digestives 3 grammes de cette substance, qu'émerveillé d'un changement sensible dans l'état de ses plaies, il se hâta de m'adresser la note suivante : « Monsieur, je viens de panser les plaies de la lèvre et du nez. J'ai la certitude en ce moment d'une amélioration bien prononcée. Le fond des plaies, qui était blafard avant-hier, est d'un rouge vermeil aujourd'hui. En un mot, l'ulcération tend à disparaître à vue d'œil. J'ai le plus grand espoir d'être délivré sous peu, grâce à la poudre merveilleuse que vous me faites prendre, et qui ne m'a nullement incommodé. Soyez certain que je ne me fais point illusion cette fois-ci. » 28 janvier 1841.

Certes, l'avenir n'a pas tardé à prouver que M. X... ne se faisait

point illusion dans l'heureux pronostic qu'il avait émis; car en élevant graduellement la dose d'iodure de potassium jusqu'à 3 grammes par jour, en moins de trois semaincs je partageai avec lui l'indicible satisfaction de voir complétement cicatriser des ulcères de près de vingt ans de date. Nous avons continué l'usage du remède pendant trois mois pour achever de résoudre l'induration sur laquelle l'ulcère était greffé, et nous croyons ne devoir point passer sous silence un phénomène fort curieux d'exhalation lymphatique qui a coïncidé avec la solution de l'engorgement, ou plutôt qui a concouru pour l'obtenir: la muqueuse de la lèvre supérieure était comme criblée d'une infinité de petits pertuis qui laissaient suinter, sous forme de gouttelettes, un liquide transparent et glutineux, et l'augmentation de cet écoulement a toujours eu lieu en raison directe de l'élévation des doses de l'iodure de potassium, preuve évidente du rapport de cause à effet. Qu'il est beau d'assister à cet admirable travail de la nature vivante qui, excitée par un principe stimulant, sait mettre en activité une foule de vaisseaux excréteurs pour éliminer des corps une source permanente d'infection.

Loin d'éprouver le moindre dérangement du côté des organes digestifs pendant toute la durée de l'administration de l'iodure de potassium, M. X... a vu au contraitre accroître sensiblement son appétit et son embonpoint, et il jouit aujourd'hui de la santé la plus florissante. Il n'existe actuellement aucune trace ni de rougeur insolite au nez, ni d'induration à la lèvre, et depuis plus de cinq mois qu'il est guéri, le tissu cicatrisé n'a pas fait le moindre écart malgré toute la mobilité dont est douée cette partie de la face.

Le lecteur comprendra aisément la raison pour laquelle nous avons tu le nom et le pays de notre malade, qui ne nous a permis de publier ce fait que dans l'intérêt de l'humanité et en même temps pour payer un tribut de reconnaissance au remède de M. Ricord.

Amable CADE, D.-M.
A Bourg-Saint-Andéol (Ardèche).

EMPLOI AVANTAGEUX DU TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE DANS UNE PLEUROPNEUMONIE GRAVE.

Voici l'histoire d'une pleuropneumonie fort grave qui s'est compliquée d'un accouchement prématuré, et qui, malgré cet accident, a été traitée et guérie par l'administration à hautes doses du tartre stibié. Le résultat avantageux que j'ai obtenu de cette médication est une preuve de plus en faveur de l'efficacité de la méthode rasorienne. Le lecteur

verra combien cette méthode est exempte des dangers qu'on pourrait redouter de son emploi dans des circonstances aussi délicates que celles où je me suis décidé à y avoir recours.

Je fus appelé, le 11 mars 1841, pour donner mes soins à la femme Rabanet, âgée de 32 ans. Je la trouvai dans l'état suivant : fièvre violente, douleur de côté, expectoration sanguinolente, crépitation dans les trois quarts inférieurs du poumon gauche. — Saignée copieuse, looch kermétisé, tisane d'orge miellée.

Le 12, fièvre encore plus intense (140 pulsations par minute), respiration très-fréquente (45 inspirations), crachats visqueux, spumeux, mêlés d'une quantité notable de sang. — Saignée d'une livre environ. Le sang que j'ai obtenu la veille présente une légère couenne inflammatoire.

Le 13. La malade, qui est au commencement du neuvième mois de sa grossesse, éprouve depuis le point du jour des douleurs qui lui font craindre un accouchement prématuré. L'exploration du col de la matrice, que je trouve largement dilaté et presque complétement effacé, ne me laisse plus de doute sur une délivrance prochaine.

Le 14. La malade est accouchée ce matin sans accident. Son état, du reste, n'a pas changé.

Le 18. La maladie s'aggrave. Le pouls bat 150 fois par minute ; la respiration s'est encore accélérée (50 inspirations). La matité complète du côté gauche de la poitrine, jointe à l'absence absolue du bruit respiratoire que l'on n'entend plus que dans les gros tuyaux bronchiques, ne permet plus de douter que le poumon ne soit hépatisé. Teint plombé, profonde altération des traits où se peint la plus vive anxiété, suffocation imminente Après avoir attentivement examiné l'état des organes abdominaux et reconnu qu'ils ne présentaient pas d'autre sensibilité que celle qui résulte ordinairement d'un accouchement datant de quelques jours, je me décidai, non sans hésitation cependant, à recourir au tartre stibié.

La malade prit dans la journée, par cuillerée et d'heure en heure, 20 centigrammes de tartre stibié dans 180 grammes d'eau édulcorée avec du sirop de gomme, et une cuillerée de tisane après chaque cuillerée de la potion, afin d'éviter la sensation de brûlure qui se fait souvent sentir dans la gorge sans cette précaution. — Le soir je revois la malade. La potion a été assez bien supportée ; elle a seulement donné lieu à quelques nausées. J'ordonne 20 centigr. de tartre stibié de plus à prendre pendant la nuit.

Le 19. La potion a déterminé quelques évacuations alvines sans

coliques. Plus de nausées. Jusqu'à présent les symptômes de l'inflammation pulmonaire n'ont rien perdu de leur intensité.

40 centigr. de tartre stibié dans 12 onces de liquide.

Le 20. Je constate dans l'état de la malade une amélioration inespérée. Le pouls, qui était de 155 pulsations, est tombé à 110; la fréquence de la respiration a diminué dans la même proportion. L'expectoration, qui la veille était visqueuse, opaque, souvent rouillée, est maintenant muqueuse, transparente. La toux a notablement diminué. L'auscultation me fait reconnaître dans l'état de l'organe affecté un changement aussi satisfaisant que celui qui s'est manifesté dans les symptômes généraux : la percussion donne un son beaucoup moins mat, et dans toute l'étendue du poumon hépatisé on perçoit un râle crépitant très-abondant.

Il y a eu tolérance parfaite. La malade se plaint seulement de quelques coliques, d'un léger sentiment de chaleur à l'estomac et d'un peu de mal de gorge.

20 centigr. de tartre stibié.

Le 21. J'ai revu la malade hier soir. L'amélioration continuant, je n'ai pas jugé à propos de prescrire une nouvelle potion stibiée. Ce matin j'annonce à la femme Rabanet qu'elle entre en convalescence. Ce qui m'autorise à lui donner cette bonne nouvelle, c'est qu'elle n'a presque plus de fièvre (90 pulsations), qu'elle tousse très-peu, et qu'elle a bien reposé la nuit. La crépitation diminue; elle est remplacée dans une assez grande étendue du poumon par un souffle respiratoire presque normal.

Le 24, la résolution de l'inflammation et de l'hépatisation était complète.

J'avoue que j'ai hésité tout un jour à mettre en usage la méthode rasorienne dans la position délicate où se trouvait la malade. Et peut-être n'y aurais-je pas eu recours si je n'y avais été encouragé par les nombreux succès que j'ai retirés depuis quelque temps de l'administration à hautes doses du tartre stibié dans des pneumonies qui avaient résisté à tous les autres moyens antiphlogistiques.

GROUSSIN, D.-M.
à Neuillé-Pont-Pierre (Indre-et-Loire)

De l'opinion des médecins anciens et modernes, relativement au pouls et ses modifications dans la définition de la fièvre. — Son application à la médecine pratique.

Hippocrate a parlé, dans ses écrits, des battements *sphygmos*, que l'on a traduits par *pulsus*, pouls. Je ne pense pas que l'idée qu'Hippocrate allait

avec cette expression, soit la même que celle qu'on y attache aujourd'hui. Dans ses prénotions Coaques 94, art. 5, il dit : « S'il survient des battements dans les précœurs, c'est un signe de diarrhée ou de délire. » Idem § I, art. 176 : « Dans les fièvres, les battements et la douleur qui sont le long de la veine du cou, sont un signe de dyssenterie. » Et dans le liv. 7, aphor. 21 : « Les battements, dans les ulcères, annoncent une hémorrhagie.» Van-Swicten[1] a compulsé plusieurs passages d'Hippocrate, pour prouver que le médecin de Cos explorait le pouls des malades, et que c'était par le pouls qu'il jugeait de la fièvre; mais Sprengel, dans son *Histoire de la médecine*, s'exprime ainsi : « Dans tous les écrits d'Hippocrate, le mot sphygmos, ne signifie autre chose qu'un battement. Hippocrate désigne toujours l'endroit où il a observé ce battement, comme battement dans les hypocondres, battement aux tempes. Le mot sphygmos, n'a pas d'autre signification que battement[2]. En opposant autorité à autorité, la question reste toujours à juger. L'histoire pourra nous aider à conjecturer et à nous faire concevoir comment des médecins ont été portés à étudier le pouls, à en observer les différentes nuances pour en constituer un signe générique de maladie, et comment les modernes se sont décidés à l'admettre comme un symptôme de la fièvre.

Hippocrate pratiquait la médecine dans une des îles de l'Archipel. Là, règne une température très-élevée. L'île de Cos était fameuse par son temple d'Esculape; elle avait aussi des temples élevés en l'honneur de Vénus, au rapport de Pline, il y avait une statue de Vénus, si belle, qu'elle fut transportée à Rome du temps d'Auguste. Ce prince, en paiement de cette statue, remit aux insulaires de Cos, cent talens de tribut qu'ils étaient obligés de payer annuellement aux Romains.

A Cos, les hommes comme les femmes, soit par rapport au climat, soit par rapport à l'absence du linge, soit par rapport à la religion, ne devaient pas rougir de présenter leur nudité au médecin qui, à son tour, pouvait explorer la fièvre ou la chaleur dans toutes les parties du corps, sans craindre de blesser la pudeur. Hippocrate, jugeant avec sagesse de l'impression que devait faire sur de jeunes élèves, un pareil examen, leur faisait jurer « par Apollon médecin .. de se tenir purs de toute corruption avec les hommes et avec les femmes esclaves ou libres. » (Du serment.) Ensuite le père de la médecine (dans son *Traité des vents*) considère les battements dans les veines (artères) comme l'effet de l'air qui entrait dans les poumons; il établit de plus un parallèle hypothétique entre le mouvement des veines (artères) et les vagues de la mer. Par cette théorie, il est aisé de concevoir qu'il devait regarder comme inutile l'étude du pouls, pour en déduire quelque conséquence avantageuse pour l'observation des maladies; de même qu'il serait, je crois, ridicule d'observer et de calculer le nombre des vagues qui viennent se briser sur le rivage de la mer, pour en déduire des conséquences utiles et nécessaires pour la navigation. D'après ces conjectures et ce raisonnement tirés de l'histoire, je pense qu'Hippocrate ne devait point admettre la connaissance du pouls artériel comme condition essentielle de pathologie, et moins encore comme symptôme de la fièvre.

Galien est un des premiers qui aient développé des règles sur les pulsa-

[1] In aph. Boërh. de febrib. ingen., pag. 159.

[2] T. 1, pag. 317.

tions artérielles. Il exerça la médecine à Rome. Là le climat est moins chaud que dans l'Archipel. Il dut trouver les hommes commes les femmes plus recouverts dans leur lit; mais une circonstance importante à faire remarquer, c'est que le christianisme était établi nouvellement à Rome, et d'une manière assez répandue. Les religions qui commencent et qui travaillent à faire des prosélytes, sont toujours plus sévères dans leur morale et plus scrupuleuses sur la décence. Les hommes, comme les femmes, durent être plus pudiques, afin de rendre plus odieux le paganisme que les chrétiens cherchaient à détruire, il est à présumer que, dès lors les médecins ne purent explorer la chaleur que sur les parties apparentes, telles que la face, le cou, les mains et les poignets; le long du cou de même qu'au dessus des poignets, se trouvent des artères; il est probable que par l'habitude d'examiner l'état de la chaleur dans les mains et au-dessus des poignets, les médecins durent observer des rapports de concordances entre les dérangements du pouls et les altérations de la chaleur; quelques médecins durent faire entrer la vitesse du pouls dans les symptômes de la fièvre : néanmoins, Galien a toujours considéré la chaleur contre nature comme constituant le caractère essentiel de la fièvre[1]. Quoique Galien ait fait consister l'essence de la fièvre dans la chaleur, il n'en a pas moins cherché à expliquer la cause du dérangement fréquent du pouls pendant la fièvre, par une suite d'expériences; il découvre que la contractilité des artères correspond à la systole et à la diastole du cœur; il établit une nouvelle théorie du pouls[2] : dès lors le mot sphygmos, battement, pouls, devient synonyme de contractilité artérielle. Harvey (Guillaume) démontre la circulation du sang[3], il considère le cœur comme un piston qui pousse le fluide sanguin dans les artères pour le faire passer dans les veines : le contre-coup de l'impulsion du cœur prend encore le nom de *sphygmos*, pulsus, pouls. Enfin les derniers physiologistes ont admis dans leurs explications, et l'impulsion provenant du cœur, et la contractilité artérielle, de sorte que le mot sphygmos, pouls. a présenté à l'esprit des médecins des idées différentes suivant l'époque où l'on a écrit, et suivant la doctrine que chacun a écrite ou enseignée. Si l'expression est l'image de la pensée, toutes les fois que l'on se servira du même mot pour peindre des idées différentes, il n'y a plus moyen de s'entendre. La lecture des livres de médecine offre des obstacles presque insurmontables pour ceux qui veulent se perfectionner dans leur art, en s'appropriant l'expérience des autres. Les anciens se sont servis d'expressions communes pour rendre les idées simples et perceptibles par les sens. Les modernes ont appliqué à ces mêmes expressions des idées plus composées, et qui sont la conséquence de leur raisonnement. De là vient qu'il faut lire dans les anciens, comme ils ont dit, et dans les modernes comme ils ont pensé. On voit par cette digression que les difficultés qui se présentent sur le véritable sens du mot pouls, viennent de ce que les médecins, en changeant l'idée, n'ont pas changé de langage : ce que je vais prouver en en faisant l'application à la médecine pratique.

En comparant les divers caractères de la fièvre donnés par les médecins, on voit que les uns admettent pour base de ce genre de maladie, la chaleur contre nature, et que les autres font consister le caractère essentiel de la

[1] De digit. puls. lib. 2, cap. 1.
[2] De mot. musc. cap. 9.
[3] De mot. cord. et sang. in anim.

fièvre dans la vitesse du pouls. Supposons pour un instant que Boërhaave et Fernel, soient auprès du même malade, pour décider s'il a la fièvre; tous les deux saisissent l'avant-bras du malade vers le poignet, et tous les deux se croient bien en position de juger de la fièvre, puisqu'ils emploient, d'après le conseil d'Hippocrate, l'application du tact[1]; pendant cette exploration, Boërhaave pensera que « c'est par la seule vitesse du pouls qu'un médecin peut sûrement juger que l'on est attaqué de la fièvre[2]. » Fernel dira en lui-même : « C'est par la chaleur contre nature que l'on prononce qu'il y a fièvre[3]. » Dans cette différence de raisonnement sur des faits physiques et qui tombent sous les sens, il est évident que Boërhaave, porte toute son attention sur la vitesse ou la lenteur du pouls, sans trop s'occuper de la chaleur, tandis que Fernel n'a cherché qu'à apprécier le degré de chaleur, sans trop calculer les pulsations artérielles. Si les deux objets d'examen (la chaleur contre nature et la vitesse du pouls) ne se trouvent pas réunis sur le même malade, comme cela arrive assez souvent[4], les deux médecins peuvent n'être point d'accord entre eux, ou ne pouvoir se prouver mutuellement qu'ils ont bien jugé de la fièvre; chacun d'eux accuse son confrère d'ignorance, et chacun d'eux reste inébranlable dans son opinion et son jugement. La raison de cette dissidence est fort simple, ils expriment deux sensations ou deux idées différentes par une même dénomination; si en changeant le caractère essentiel de la fièvre, ils avaient changé la dénomination, les médecins opposés d'opinion se fussent avertis mutuellement de l'objet qui fixait leur attention. Par exemple, si Boërhaave, en admettant que le caractère principal de la fièvre est dans la vélocité ou la vitesse du pouls, avait exprimé ce mouvement artériel par le mot *sphygmotachie*[5], il n'y aurait point eu de confusion, ni dans le langage, ni dans les idées. Si ce médecin, en saisissant l'extrémité inférieure de l'avant-bras, eût dit, il y a sphygmotachie, il eût indiqué à son confrère qu'il avait examiné l'état du pouls, et qu'il y avait trouvé de la vitesse ou de la fréquence; tandis que si Fernel, qui fait fièvre synonyme de chaleur, eût après examen annoncé que le malade avait la fièvre, il eût indiqué en même temps qu'il avait porté toute son attention sur la chaleur, et qu'il l'avait trouvée contre nature; c'est ainsi qu'en exprimant différemment le résultat de deux sensations différentes, ils se fussent mis l'un et l'autre dans le cas de rectifier leur jugement[6].

[1] Hippocrate. C'est par le tact que l'on peut juger de la fièvre; art. 42.

[2] Aph. 570 de cogn. et curat. morb.

[3] Path. de febril. lib. 4, cap. 2, pag. 329.

[4] Ploel. Home, médecin anglais, a aussi démontré par des observations comparatives faites avec un thermomètre et une montre à secondes, que, dans certaines maladies l'accroissement du nombre des battements de l'artère par minute, ne correspond point avec l'augmentation de la chaleur animale; nosologie philosoph., tom. II, pag. 5. Selle, médecine clinique, t. I, pag. 37 : « Il n'est pas rare, dit-il, d'observer beaucoup de chaleur avec un pouls faible et lent, comme au contraire, fort peu de chaleur avec un pouls très-vif. »

[5] J'ai été forcé de créer ce néologisme pour me faire comprendre, je l'ai composé de deux mots grecs, *sphygmos*, *tachys*, dont l'un signifie battement, et l'autre vite, fréquent, accéléré, ce qui représente à peu près l'idée de vitesse du pouls. Je laisse à d'autres le soin de perfectionner le langage médical.

[6] Helvetius. Les hommes sont-ils d'avis différent sur la même question ; cette différence est toujours l'effet ou de ce qu'ils n'entendent pas, ou de ce qu'ils n'ont pas les mêmes objets présents à leurs yeux ou à leur souvenir ; de l'homme, chap. 15, pag. 134. La diversité d'opinion, est uniquement l'effet de la signification incertaine des mots et de l'abus qu'on en fait ; idem, pag. 147.

On pourrait jusqu'à un certain point regarder la définition d'une maladie comme indifférente, s'il n'en résultait point des conséquences pour le traitement, qui est la partie essentielle pour le médecin, et surtout pour le malade. Les médecins qui font consister le caractère essentiel de la fièvre dans la vitesse du pouls, ont déduit cette conséquence thérapeutique de la définition : « La saignée modérant la vitesse du pouls, il faut dans toutes les fièvres commencer par la saignée[1]. » L'expérience n'est pas conforme à cette proposition; car les enfants ayant toujours le pouls très-accéléré, il s'ensuivrait de cette règle qu'il faudrait saigner tous les enfants, ce qui en médecine-pratique, a rarement lieu. Les personnes avancées en âge, ont le pouls ordinairement lent, et d'après la règle établie, il faudrait les saigner plus rarement que les enfants, ce qui est encore contraire à l'expérience. La saignée n'est applicable que dans quelques espèces de fièvres, tandis que d'après les conclusions tirées du caractère des fièvres, il faudrait répandre du sang dans toutes les maladies de ce genre, ce qui n'est point exact en médecine-pratique.

Les médecins, au contraire, qui considèrent la chaleur contre nature, comme formant le caractère essentiel de la fièvre, conseillent les rafraîchissants. Hippocrate [2] vous dit : «dans les fièvres, les boissons rafraîchissantes » conviennent, donnez-en à votre volonté ; » que font presque sans exception les praticiens, dans le traitement des fièvres en général? ils emploient les délayants, les désaltérants, les humectants, les rafraîchissants, dénominations qui se confondent toutes dans celles de tempérants. Ceux qui admettent la vitesse du pouls dans leur théorie, admettent par leur thérapeutique, la fièvre sous le même point de vue que je l'ai présentée; par les délayants ils rendent les urines plus abondantes, et ils remédient [3] au symptôme de la fièvre qui est l'urine diminuée ou en petite quantité; par les humectants, ils remédient au symptôme de la fièvre, qui est la soif; et par les rafraîchissants, ils remédient au symptôme de la fièvre, qui est la chaleur élevée ou contre nature, ou simplement la chaleur pathologique. Ce traitement de la fièvre est dicté par l'instinct et le résultat de l'observation. Observez un malade dévoré par la fièvre; il se découvre, il cherche tout ce qui peut lui procurer de la fraîcheur; s'il est altéré, il demande à boire, et il boit avec avidité les boissons les plus fraîches; s'il a la bouche sèche, il y portera tout ce qui peut affaiblir ou humecter cette sécheresse insoutenable. Le médecin qui, par devoir et par état, se met à la place de l'instinct, règle les déterminations du malade sans le contrarier absolument, il se sert de son expérience, soit pour établir, soit pour régler les moyens de tempérer la chaleur du malade, éteindre sa soif en calculant les mouvements qui peuvent résulter de l'abus de ces moyens thérapeutiques; d'ailleurs, ce traitement naturel est continué tout le temps que dure la fièvre, et il ne cesse que lorsque la fièvre est terminée; tandis que la saignée n'est qu'instantanée et ne remédie point à la fièvre proprement dite[4]; d'après

[1] Boërhaave, aph. 610. Vans-Wientem, comment. in alph., tom. III, pag. 155.

[2] Des maladies, liv. 3, § 19, art. 2.

[3] Hippocrate. Remédier, c'est s'opposer à la maladie; ainsi, le froid devient un remède contre la chaleur; opid. liv. 6, § 3 et 95.

[4] Stoll. Je puis assurer, d'après bien des observations, que la saignée a été plus nuisible, quand elle ne convient pas, qu'utile quand elle est indiquée. Méthod. tom. II, pag. 66.

cette digression, je pense qu'on ne trouvera pas extraordinaire, et que l'on trouvera même convenable d'exclure le pouls de la définition de la fièvre, et de rétablir les symptômes que nous trouvons consignés dans les écrits du père de la médecine, afin de les comprendre tous sous une dénomination commune. « Combien de siècles se sont écoulés avant que les hommes, dans les sciences et dans les arts, aient pu revenir au goût des anciens, et reprendre enfin le simple et le naturel[1] ! »

CHABANON, D.-M.,
chirurgien en chef de l'hôpital d'Uzes (Gard).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Pneumothorax traumatique suite d'une violente pression exercée sur la poitrine. — On a souvent observé les épanchements d'air dans la poitrine à la suite d'une lésion des poumons, quelle ait été produite par le ramollissement et l'ouverture spontanée d'un abcès tuberculeux, ou par la chute d'une escarre gangréneuse du tissu pulmonaire. Dans l'un et l'autre cas, il y a fistule pleuro-bronchique : le pneumothorax consécutif à une violence exercée sur les parois de la poitrine est beaucoup plus rare, la science en possède à peine quelques cas bien constatés. En voici un que nous avons suivi avec intérêt dans le service de M. Lenoir, à l'hôpital de la Pitié. — Caillet, âgé de trente-huit ans, journalier, d'une constitution robuste, fut surpris par une voiture en mouvement, à l'instant où il était adossé à un poteau ; il fut serré entre celui-ci et la roue de la voiture qui s'appliqua sur la région antérieure du thorax. — Le malade tomba sans connaissance : on l'apporta à l'hôpital quelques heures après l'accident ; il présentait les symptômes suivants : Prostration générale, dyspnée intense, pouls dur, profond, résonnance tympanique dans tout le côté droit du thorax ; ampliation de ce côté, les espaces intercostaux sont soulevés ; l'auscultation en avant fit constater à M. Bardinet, interne du service, un râle sibilant, sec, métallique, occupant la partie moyenne du poumon, fixe dans le même point et se renouvelant à chaque inspiration. Le bruit respiratoire est presque complétement nul ; il est amphorique vers la racine des poumons. Pour toute lésion extérieure, il existe au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate droite, une ecchymose avec érosion de la peau. — Du côté gauche du thorax, où la pression semble avoir été moins forte, la sonorité de la poitrine et la nature du bruit respiratoire ne sont pas sensiblement modifiées.

[1] Labruyère.

Le malade présente une ecchymose considérable sur chaque conjonctive oculaire dans le grand angle de l'œil.

Le lendemain de l'accident on constata de la matité à la base de la poitrine à droite ; le tintement métallique est très-marqué. La thérapeutique opposée à ce grave accident consista en sept saignées pratiquées dans l'espace de cinq jours, deux le jour de l'accident, la première de 500 grammes, la seconde un peu moins forte. Les quatre jours suivants la saignée fut de 250 à 360 grammes. La diète fut rigoureusement observée. Aujourd'hui le malade est en voie de guérison. L'épanchement se résorbe par degrés, tout indique une terminaison heureuse. — Les caractères principaux de cette observation s'expliquent par une rupture fistuleuse du poumon et de la plèvre viscérale, lésion anatomique que l'auscultation a constatée, et dont le résultat consécutif le plus à craindre était le développement de l'inflammation. La théorie de l'effort si physiologiquement établie par Bichat, rend compte de la rupture du parachyme pulmonaire dans les circonstances où s'est trouvé placé notre malade : elle explique également l'obstacle apporté à la circulation, et par suite la suffusion sanguine que nous avons signalée sur la conjonctive oculaire. Nul doute que sous un degré plus considérable de pression le même phénoméne hémorragique n'eût été produit dans le cerveau ; ne sait-on pas que beaucoup d'individus qui succombent après avoir supporté une violente pression, comme celle par exemple que détermine un éboulement de terre ou la chute d'un mur, présentent à l'autopsie des lésions encéphaliques évidemment déterminées par la rupture des vaisseaux sanguins de la pie-mère.

Aussi, après celle du poumon, l'inflammation du cerveau nous paraît surtout à redouter, et c'est une raison de plus en faveur de la médication énergique qui a été si heureusement employée dans le cas précédent.

Anévrisme poplité, traité par la ligature de l'artère fémorale. Retour des battements dans la tumeur huit mois après l'opération. Terminaison remarquable.— Dans le service de M. Lenoir, à la Pitié, est encore couché le nommé Braly, cocher, âgé de trente-huit ans, doué d'une assez forte constitution. Cet individu portait, il y a vingt mois, dans le creux poplité une tumeur ovoïde, offrant son plus grand diamètre dans le sens vertical, sans changement de couleur à la peau, offrant des pulsations isochrones à celle du pouls. La nature de cette tumeur dont le développement avait été spontané, ne permettait

pas le moindre doute ; il s'agissait bien évidemment d'un anévrisme de l'artère poplitée, M. Lenoir pratiqua la ligature de l'artère fémorale d'après le procédé de Hunter. Les battements cessèrent immédiatement dans la tumeur qui s'affaissa et perdit insensiblemnnt de son volume. Un mois après, elle était dure et grosse seulement comme une petite noix. La ligature tomba le vingt-deuxième jour.

A la fin de la cinquième semaine, la plaie, résultant de l'opération, était cicatrisée.

Braly commença à marcher vers la même époque, et ne tarda pas à reprendre ses occupations.

Six semaines environ après s'être remis à son travail, il s'aperçut que le noyau d'engorgement qui avait succédé à la tumeur anévrismale grossissait ; son volume s'accrut par degrés , et au bout de huit mois, il existait dans le jarret une nouvelle tumeur de la grosseur d'un œuf, offrant des mouvements d'expansion, isochrones aux pulsations artérielles, et s'accompagnant d'une inflammation phlegmoneuse très-intense du tissu cellulaire : notons que, depuis le point où la ligature a été placée jusqu'à la tumeur , on ne sentait aucun battement dans l'artère fémorale.

La fluctuation devint chaque jour plus évidente, et le pus menaçant de fuser le long de la partie postérieure de la jambe, M. Lenoir se décida à pratiquer l'incision du foyer purulent, après avoir pris toutefois les précautions nécessaires pour se rendre maître de l'hémorragie, en cas où elle aurait lieu. Les battements avaient presque disparu depuis quelques jours. L'incision donna issue à une grande quantité de pus, mélangé de caillots sanguins solidifiés, fibrineux. Le lendemain et les jours suivants la suppuration coula abondamment ; elle était toujours plus ou moins rougeâtre, sanguinolente.

Une autre ouverture fut pratiquée à la partie supérieure de la jambe, le pus y ayant fusé.

Il y a six semaines que ces incisions ont été pratiquées ; la dernière est tout à fait cicatrisée. Celle qui est en regard du siége de l'anévrisme laisse encore s'écouler un peu de matière purulente. Il n'est survenu aucun accident hémorragique ; il n'existe pas de battements sur toute l'étendue de l'artère fémorale ni dans la région poplitée. — Le retour du sang dans un sac anévrismal où la circulation paraît interceptée depuis huit mois, est un fait assez rare pour que ce phénomène bien constaté dans l'observation qui précède mérite de prendre place dans l'histoire des anévrismes. Expliquera-t-on la reproduction de la tumeur par l'empressement irréfléchi que mit le malade à reprendre trop tôt ses occupations, et par la nature même de son travail, qui exigeait chaque

jour des efforts musculaires et une extension forcée de la jambe pour pouvoir monter sur le siége de sa voiture ? Nous croyons que dans l'espèce, cette raison d'état rend bien compte, jusqu'à un certain point, de la récidive de la maladie chez cet homme, mais en général il est vrai de dire que pour un anévrisme siégeant sur le système artériel des membres inférieurs, il convient de faire observer un repos beaucoup plus prolongé après l'opération. L'anatomie pathologique nous a appris que le travail d'oblitération ne s'accomplit pas avec la même activité chez tous les individus; qu'il peut être retardé par des raisons qui se rattachent à la constitution même des sujets, à la plasticité très-variable du sang et au mouvement organisateur dépendant comme tous les actes vitaux d'une force synthétique, dont le degré d'énergie est incessamment variable. Quant à la terminaison extrêmement heureuse de cette tumeur anévrismale, elle trouve son explication dans le développement et la durée d'une phlegmasie intense au voisinage de l'artère anévrismatique; nul doute qu'elle n'ait été un moyen efficace que la nature a employé dans ce cas pour déterminer l'oblitération complète du vaisseau, l'art n'eût pas mieux fait.

Nouveau traitement des tumeurs blanches. — Le nitrate d'argent en nature, en solution, en pommades, a été déjà employé dans une foule d'affections, et rend journellement de grands services dans la pratique. Voici une nouvelle et importante application de ce remède, due à M. Jobert, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Par une série d'observations bien faites et tout à fait concluantes, ce chirurgien veut établir que le meilleur et le plus prompt moyen de triompher des douleurs articulaires dans les cas de tumeurs blanches, comme aussi de faire disparaître le gonflement des tissus, consiste dans l'emploi extérieur d'une pommade de nitrate d'argent, dont il varie l'activité, dont il multiplie ou diminue les applications, suivant les cas. Nous avons suivi, sur une quinzaine de malades des salles de M. Jobert, l'action de ce remède, et nous avons été étonné de ses prompts effets dans les maladies longues et rebelles auxquelles il était appliqué. Le traitement consiste en frictions sur l'articulation malade avec une pommade composée d'axonge, 30 grammes, et nitrate d'argent, 4 grammes. Si l'action n'est pas suffisante, M. Jobert en fait composer une seconde où il entre 8 grammes de nitrate d'argent par 30 grammes d'axonge, ou même une troisième avec 12 grammes de nitrate d'argent. Ces pommades, désignées sous les numéros 1, 2 et 3, constituent tout le traitement. Douze ou quinze heures après le premier emploi de la pommade, et généralement après la seconde friction,

il survient une éruption de petites pustules acuminées, présentant un seul point noir à leur milieu, et environnées, à leur circonférence, d'une petite auréole rosée de quelques millimètres d'étendue. Le liquide contenu dans la vésicule ressemble à du petit lait trouble, et prend rapidement l'aspect blanc jaunâtre mat, puis celui du véritable pus. Chaque friction s'accompagne de douleurs qui durent trois ou quatre heures. Au bout d'un certain temps, le second ou le troisième jour, la peau prend une coloration violacée ; il y a des cuissons très-fortes. Il faut suspendre les frictions et laisser calmer la partie avant de les reprendre. Nous n'entrerons pas aujourd'hui dans de plus grands détails. Le lecteur sera complétement fixé sur cette nouvelle médication par un article complet de M. Jobert, qui sera publié dans le prochain numéro.

VARIÉTÉS.

Prix fondés par le Bulletin de thérapeutique. — Nous rappelons à nos lecteurs le concours établi pour 1841 en faveur des deux meilleurs mémoires de thérapeutique médicale ou de thérapeutique chirurgicale qui nous seront adressés par les praticiens des départements. — Ces prix consistent : 1° en une médaille d'or de la valeur de cent cinquante francs et une collection richement reliée du *Bulletin de thérapeutique* (20 volumes) ; 2° en une médaille d'argent et une collection du même journal.

Ce concours sera fermé le 1er octobre 1841. Les mémoires devront parvenir au bureau du journal avant ce terme qui est de rigueur. Nous ajoutons qu'il faut *affranchir* les paquets si on les adresse par la poste. Un manuscrit volumineux, non affranchi, destiné au concours, a été laissé au facteur ; nous donnons avis de ce fait au confrère qui nous l'a adressé, afin qu'il puisse le réclamer à la poste.

Nous ferons connaître dans le prochain numéro la composition du jury pour l'examen des mémoires et le jugement des prix.

Un mot sur le magnétisme animal. — Il est une question qui depuis bientôt soixante ans agite les esprits et qui, après des intermittences plus ou moins longues, offre ce singulier phénomène que, toujours définitivement résolue, négativement par les uns, affirmativement par les autres, elle se représente néanmoins toujours avec la même vivacité, le même intérêt, les mêmes passions, et, pour dire déjà notre pensée sur

ce point, avec les mêmes motifs de doute. Cette question, c'est celle du magnétisme animal. A Dieu ne plaise que nous voulions, nous posant en arbitre suprême, nous jeter au milieu de cette mêlée confuse d'opinions, et imposer notre sentiment comme l'expression de la vérité, nous qui, sur ce sujet ne voyons de part et d'autre que vague exagération, enthousiasme, comme aussi obstination, et parti pris de tout nier, de tout rejeter sans observation, sans examen. Cette question posée, en effet, comme elle l'est et comme elle l'a toujours été par les partisans ou par les adversaires du magnétisme, a été, est et sera complétement insoluble. Il est impossible à un esprit sérieux, qui s'est tant soit peu renseigné sur la méthode à suivre pour acquérir une vérité scientifique, de voir quelque chose de plus irrationnel, de plus répulsif et de moins philosophique que la marche suivie jusqu'ici par les partisans du magnétisme. Au rebours de tous les procédés suivis dans l'étude des sciences, procédés tellement inhérents à la nature même de l'intelligence humaine, qu'on les retrouve dans toute branche des connaissances que l'on étudie, ce n'est pas d'abord à l'observation brute et naïve qu'ils en appellent, ou bien s'ils l'invoquent, elle est si incomplète, leur observation si peu soigneuse, si dénuée des conditions qu'elle exige, si pauvre de renseignements et si exubérante d'inutilités, et leurs observations offrent en général si peu de garanties, que c'est à grand peine qu'un esprit attentif et non prévenu peut saisir, comme points lumineux, un infiniment petit nombre de faits perdus dans un océan de contes dignes de Mathieu Laensberg. Eh bien! c'est avec cette observation indigeste et délabrée qu'ils ont voulu jeter dans le monde une nouvelle foi scientifique ; de cette guenille ils ont fait un drapeau ; sur cette base argileuse et mouvante, ils ont voulu poser les fondements d'une théorie.

Il en faut convenir, cette outrecuidance si peu légitime devait répulsionner les hommes aux habitudes scientifiques, et tandis que l'engouement populaire augmentait en raison directe de la surnaturalité des faits, la résistance des sociétés savantes devenait aussi plus énergique et plus vive. Qu'arriva-t-il alors? c'est que le magnétisme, qui de sa nature est envahissant et téméraire, vint frapper à la porte de ces sociétés savantes en leur disant : « Les faits que vous contestez, je vous offre de vous les montrer ; venez tous ou par fractions, peu importe ; voici de grands, de mystérieux, d'incompréhensibles phénomènes ; venez les constater. » Les Académies, celle de médecine surtout, se sont prêtées d'assez bonne grâce à ces pérégrinations magnétiques. Mais hélas ! elles jouèrent de malheur, et jusqu'à cinq fois on n'a pu

les rendre témoins que d'insuccès complets, inexorables et trop retentissants.

Les choses en étaient là, et le magnétisme radoubait ses vaisseaux endommagés par les tempêtes académiques, lorsque dans la même semaine deux orages nouveaux sont venus l'assaillir. A l'Académie des sciences, M. Magendie, chargé de rendre compte des expériences de M. Dupotet sur la guérison de la surdi-mutité par l'emploi du magnétisme animal, a réduit à l'état de poudre impalpable les grosses prétentions de ce magnétisme. A l'Académie de médecine, M. Gerdy, très-inopinément et à l'occasion de quelques expériences récentes dont il avait été témoin chez un partisan du magnétisme, est venu fourvoyer de sa fougueuse éloquence les *croyants* et les *jongleurs*.

Un mot sur ces deux accidents.

Les partisans sincères et de bonne foi du magnétisme ne peuvent élever aucune récrimination sur le rapport de M. Magendie. Tout s'est passé avec ordre, calme, dignité et sous toutes les conditions imposées par l'expérimentateur. « Vous guérissez les sourds-muets, a-t-on dit à M. Dupotet, rien de plus facile que de constater cela. La bienfaisance publique a élevé un asile aux malheureux atteints de cette infirmité. Là aucun doute ne peut s'élever sur la réalité de l'affection ; prenons cinq, dix sujets, et voyons si l'humanité aura à vous glorifier du résultat immense que vous dites avoir obtenu. » Ces expériences ont été longues, nombreuses et patientes. Hélas ! rien n'est venu ; et de ces malheureux expérimentés on peut encore dire avec le psalmiste : *os habent et non loquentur, aures habent et non audient.* Par quels motifs M. Dupotet est-il ainsi venu se fourvoyer devant le premier corps savant du monde ?... Ne les recherchons pas, constatons seulement l'immense effet produit par le rapport de M. Magendie.

L'attaque de M. Gerdy a été, nous l'avons déjà dit, tout à fait inopinée, et disons le mot, presque brutale ; il a voulu prouver que la clairvoyance des somnambules magnétiques était une jonglerie, et il en a donné pour preuve les trois ou quatre expériences dont il a été témoin, expériences dont les unes ont manqué, dont les autres ont réussi, mais, dit M. Gerdy, par des moyens frauduleux, et dont il se fait fort de démontrer la fraude.

Nous ne contredirons point M. Gerdy, relativement à la possibilité de la fraude ; non-seulement nous croyons à la supercherie en fait de somnambulisme, mais nous sommes persuadé qu'elle est entrée pour tout dans les cas merveilleux de clairvoyance et de transposition des sens qui nous ont été présentés dans ces dernières années. Néanmoins, comme à nos yeux le magnétisme n'est point une chimère, une sottise,

qu'il y a quelque chose de réel dans l'action magnétique, et que nous croyons au somnambulisme artificiel, nous n'adoptons ni ne rejetons rien systématiquement; nous observons, nous étudions, et nous restons froid et neutre au milieu de l'exagération des partisans ou des opposants *quand même*. Pour ce qui est de la clairvoyance, de la seconde vue, de la transposition des sens, mystères incompréhensibles, nous attendons, sans opinion préconnue, qu'on nous les fasse voir et *constater*. Nous pouvons attendre long temps, c'est possible; mais nous croyons plus sage d'être sur ce terrain, que sur tout autre.

C'est pour cela que nous ne saurions approuver le parti qu'a pris l'Académie, de refuser des commissaires pour juger les expériences magnétiques faites chez M. le docteur Frappart, par le magnétiseur Laurent, sur sa somnambule Prudence. Quoi qu'en ait dit M. Gerdy, ce fait est extraordinaire et vaut la peine d'être vérifié. Nous ne sommes pas, il s'en faut, édifié sur la réalité du phénomène magnétique, et nous pouvons également suspecter la prétendue somnambule de supercherie; mais toujours est-il que la manière dont on a couvert les yeux chez Prudence, offre plus de garanties chez mademoiselle Pigeaire. Il aurait été bon de voir si les yeux calfeutrés avec de la terre glaise ou la figure couverte avec un masque de plomb comme on l'a proposé, cette somnambule aurait encore lu et joué aux cartes.

Service de santé militaire. — Il a été rendu une ordonnance par laquelle à l'avenir les étudiants en médecine et en pharmacie qui auraient été admis dans le service de santé militaire, soit comme chirurgiens élèves, soit comme chirurgiens sous-aides, obtiendront la concession gratuite des inscriptions nécessaires pour parvenir, soit au doctorat devant une faculté de médecine, soit à la maîtrise ès-pharmacie, sous la condition de se vouer, au moins pendant quinze ans, au service militaire.

— Par ordonnance du 28 avril dernier, M. Serre, professeur de clinique externe à la faculté de Montpellier, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Mme Boivin, ancienne surveillante en chef de l'hospice de la Maternité de Paris, et en dernier lieu de la maison royale de santé, et auteur de plusieurs ouvrages justement estimés, est morte à Versailles le 15 mai d'une attaque d'apoplexie. Mme Boivin était née en 1774; elle était décorée de l'ordre du mérite civil de Prusse et avait été honorée du titre de correspondant par plusieurs sociétés savantes françaises et étrangères.

— Le jury du concours ouvert le 11 juin, au bureau central, pour une place de médecin, se compose de MM. Cruveilhier, Renauldin, Prus, Requin, Paul Dubois, Blandin, Archambaut, juges; Cazenave et Menod, suppléants.

FIN DU TOME VINGTIÈME.

TABLE DES MATIÈRES

DU VINGTIÈME VOLUME.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

L.

M.

N.

O.

P.

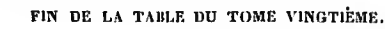
R.

S.

T.

U.

V.



FIN DE LA TABLE DU TOME VINGTIÈME.

